

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL

EXPLORATION DES REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET DES PRATIQUES  
D'INTERVENTION EN TRAVAIL SOCIAL SUR LES TROUBLES  
ALIMENTAIRES

MÉMOIRE  
PRÉSENTÉ  
COMME EXIGENCE PARTIELLE  
DE LA MAÎTRISE EN TRAVAIL SOCIAL  
PAR

CLAUDE LAVOIE

OCTOBRE 2014

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À MONTRÉAL  
Service des bibliothèques

Avertissement

La diffusion de ce mémoire se fait dans le respect des droits de son auteur, qui a signé le formulaire *Autorisation de reproduire et de diffuser un travail de recherche de cycles supérieurs* (SDU-522 – Rév.01-2006). Cette autorisation stipule que «conformément à l'article 11 du Règlement no 8 des études de cycles supérieurs, [l'auteur] concède à l'Université du Québec à Montréal une licence non exclusive d'utilisation et de publication de la totalité ou d'une partie importante de [son] travail de recherche pour des fins pédagogiques et non commerciales. Plus précisément, [l'auteur] autorise l'Université du Québec à Montréal à reproduire, diffuser, prêter, distribuer ou vendre des copies de [son] travail de recherche à des fins non commerciales sur quelque support que ce soit, y compris l'Internet. Cette licence et cette autorisation n'entraînent pas une renonciation de [la] part [de l'auteur] à [ses] droits moraux ni à [ses] droits de propriété intellectuelle. Sauf entente contraire, [l'auteur] conserve la liberté de diffuser et de commercialiser ou non ce travail dont [il] possède un exemplaire.»



*À tous ces gens qui me confient leur détresse,*

*je dédie ce travail.*



## AVANT-PROPOS

Le travail de mémoire que j'entreprends est le prolongement d'un processus réflexif entamé à la suite de mes expériences d'intervention auprès des personnes vivant des dérèglements alimentaires. À travers ce parcours clinique<sup>1</sup>, j'ai recueilli des récits de vie troublants de personnes vivant des désordres alimentaires importants. Certaines de ces personnes s'étaient « autodiagnostiquées » via des informations recueillies sur le web, dans les médias ou auprès des pairs ; d'autres avaient reçu, de la part des autorités médicales, un diagnostic de « trouble alimentaire ». Tous et toutes partageaient le même mal-être, la même détresse due, en partie, au fait de vivre quelque chose d'inusité, quelque chose d'anormal. Quant aux formes d'aide proposées par les milieux alternatifs et les milieux institutionnels, il me semblait que beaucoup d'emphase était mise sur la régulation des symptômes. C'est suite à une réflexion sur ces constats, à propos des comportements alimentaires et de l'intervention, que j'ai entamé des études universitaires.

Le passage à l'UQAM a été l'occasion de faire la rencontre de personnes engagées socialement et vivant une passion contagieuse pour la compréhension de l'humain et du travail social. La rencontre avec Henri Dorvil, travailleur social et sociologue, a été particulièrement déterminante dans mon orientation académique et professionnelle. Il m'a permis cette ouverture et cette réflexion sur les forces et les interactions qui animent notre société. Je le salue et le remercie de son soutien comme directeur de mémoire. À travers le cursus du baccalauréat en travail social,

---

<sup>1</sup> Hypnothérapeute depuis 2006, j'ai spécialisé ma pratique auprès des personnes vivant des difficultés avec leurs conduites alimentaires.

quelques cours m'ont particulièrement interpellé au point d'ébranler certaines de mes convictions. Je me rappelle plus particulièrement : rapport de sexe, vie privée et intervention sociale ; déviance sociale, marginalité, inclusion, exclusion ; travail de rue et travail social. Autant de moments de réflexion sur la construction sociale de notre réalité collective. Cette période de formation fut aussi une période d'acquisition de connaissances théoriques et pratiques. Lors du stage professionnel, j'ai pu exercer le travail social dans un milieu psychiatrique adulte<sup>2</sup>. Cette période d'études pratiques m'a permis de constater que les symptômes et les comportements sont classés en taxonomie avec comme conséquence la recherche de la standardisation et de l'efficacité dans l'organisation des soins. Ce court passage au sein de l'« institution » m'a aussi fait prendre conscience de l'ampleur de l'organisation bureaucratique et de sa force d'inertie. Par ailleurs, j'ai rencontré dans ces lieux des intervenants animés par un désir sincère d'apporter aide et support aux personnes en détresse.

Ces expériences, ces enseignements et l'ensemble des formations complémentaires que j'ai vécus et reçus au fil du temps n'ont cessé de susciter et d'alimenter ma réflexion sur la notion de « trouble » en santé mentale et sur la spécificité de l'intervention du travailleur social. Ces réflexions se reflètent aujourd'hui dans mon cheminement à la maîtrise en travail social.

Ce travail n'aurait pu se réaliser sans l'aimable et généreuse participation des travailleuses sociales qui ont partagé leurs expériences et opinions à concernant le désordre alimentaire et l'intervention en santé mentale. Au-delà des propos recueillis pour ma recherche, c'est une partie de leur expérience intime qu'elles

---

<sup>2</sup> Hôpital Louis-H. Lafontaine, programme des troubles anxieux et de l'humeur, clinique externe Anjou, clientèle adulte. UQAM, session automne 2010 et hiver 2011.

m'ont généreusement offerte. Je tiens à les remercier et à leur dire combien j'ai apprécié de les rencontrer et de les entendre se confier.

Ce parcours intellectuel a été jalonné de moments parfois difficiles qui ont été atténués par le soutien des professeurs et du personnel de l'École de travail social de l'UQAM. Je tiens à souligner plus particulièrement les considérations et les encouragements des professeures Myriam Dubé et Annie Gusew ainsi que les précieux conseils de Sarah Boucher Guévremont, travailleuse sociale et assistante de recherche à l'UQAM.

Pour se réaliser, cette démarche a demandé un temps considérable qui a empiété sur les loisirs et la vie familiale. À cet égard, je remercie France, ma conjointe, pour le soutien et l'encouragement accordés tout au long de ce parcours. Je souligne aussi la contribution de Pierre-Louis, mon fils, et de Catherine, ma fille, avec qui j'ai partagé mes joies et mes difficultés et qui m'ont, jusqu'à ce jour et parfois malgré eux, suivi et soutenu dans mes « projets ». Je salue leur généreux travail de réviseur et de correctrice.

En terminant, un mot à propos de la présentation écrite de ce travail. Étant donné que les participantes à notre étude et les personnes qui vivent des difficultés avec leurs comportements alimentaires sont majoritairement des femmes, notre texte reflète cette réalité et emploie le féminin de manière générique.





## TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS .....	v
TABLE DES MATIÈRES .....	ix
LISTE DES TABLEAUX.....	xiv
LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES .....	xv
RÉSUMÉ .....	xvii
INTRODUCTION .....	1
CHAPITRE I	
LA PROBLÉMATIQUE.....	5
État de la question .....	6
1.1 Ce que manger veut dire .....	6
1.1.1 Aspect biologique.....	6
1.1.2 Aspect psychologique .....	7
1.1.3 Aspect culturel et social .....	7
1.2 Les pratiques alimentaires aujourd'hui.....	8
1.2.1 Aliments des riches – aliments des pauvres.....	10
1.2.2 Modification des perceptions du corps et de la santé.....	11
1.2.3 « Manger », une marque distinctive de notre identité .....	12
1.2.4 Alimentation et responsabilité individuelle .....	12
1.3 L'épidémiologie et le principe de prévention .....	15
1.4 Médicalisation des comportements.....	16
1.4.1 Conséquences de la médicalisation des comportements.....	18
1.4.2 La psychiatisation des comportements alimentaires.....	20
1.4.3 Inscription nosographique des comportements alimentaires .....	21
1.5 Les données épidémiologiques .....	27

1.5.1	La période précédant les années 1970 .....	28
1.5.2	La période des années 1980 à 1990 .....	29
1.5.3	La période des années 1990 à 2000 .....	30
1.6	Travail social et approche biomédicale .....	33
1.7	Objectifs et question de recherche .....	39
1.8	La pertinence sociale et scientifique de la recherche .....	40

## CHAPITRE II

### LES DIMENSIONS THÉORIQUES .....

2.1	Le constructionnisme social .....	44
2.1.1	Un concept difficile à cerner .....	44
2.1.2	Définir le constructionnisme .....	45
2.1.3	Un premier axe : l'ampleur et l'étendue du scepticisme .....	47
2.1.4	Un deuxième axe : la profondeur de la construction .....	48
2.1.5	La posture constructionniste, implication .....	49
2.2	Les « représentations sociales » .....	50
2.2.1	La représentation, perspective cognitiviste .....	51
2.2.2	Les représentations collectives .....	61
2.2.3	Clarification du concept de représentations sociales .....	65
2.2.4	Processus de construction des représentations sociales .....	66
2.2.5	Les cinq fonctions des représentations sociales .....	67
2.2.6	Structure des représentations sociales .....	69
2.2.7	Dynamique des représentations sociales .....	71
2.2.8	Caractère particulier des représentations sociales .....	72
2.2.9	Intérêt de l'étude des représentations sociales pour la science .....	72

## CHAPITRE III

### LES DIMENSIONS MÉTHODOLOGIQUES .....

3.1	La stratégie générale de recherche .....	75
3.2	L'échantillon .....	75
3.4	La méthode et les instruments de collecte de données .....	77



3.5	Les méthodes d'analyse des données .....	78
3.6	Les limites de l'étude.....	80
CHAPITRE IV		
	LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES .....	81
4.1	Consentement éclairé.....	81
4.2	Confidentialité et conservation des données.....	82
4.3	Risques et avantages de la recherche pour les sujets.....	82
CHAPITRE V		
	LES RÉSULTATS .....	85
5.1	Thème n° 1 : la formation en travail social.....	85
5.1.1	Les opinions à propos du cursus en travail social .....	85
5.1.5	Les motivations pour devenir travailleuse sociale .....	86
5.2	Thème n° 2 : cheminement professionnel.....	89
5.3	Thème n° 3 : les opinions à propos du « trouble alimentaire ».....	89
5.3.1	À propos de la notion de « trouble mental » .....	89
5.3.2	Les opinions sur la notion de « trouble alimentaire ».....	91
5.3.3	À propos de l'évolution historique de la problématique .....	101
5.3.4	Comment est vécu et perçu le trouble alimentaire .....	102
5.4	Thème n° 4 : les représentations sociales liées au travail social.....	102
5.4.1	Ma couleur comme intervenante.....	106
5.4.2	À propos du système professionnel .....	107
5.4.3	Les autres professionnels de la santé mentale.....	108
5.5	Thème n° 5 : l'intervention.....	109
5.5.1	Ce qui sous-tend l'intervention .....	109
5.5.2	Le processus d'intervention type .....	110
5.5.3	Approches et moyens d'intervention de la travailleuse sociale .....	112
5.5.4	Le contexte d'intervention .....	116
5.5.5	L'intervention idéale .....	117

CHAPITRE VI	
DISCUSSION.....	119
6.1 Le noyau central de la représentation « trouble alimentaire » .....	119
6.2 Fondement idéologique de la représentation.....	120
6.3 Le « trouble alimentaire » une fonction d'utilité.....	124
6.4 Aspects constructionnistes de la représentation « trouble alimentaire ».....	127
6.5 L'intervention.....	131
6.6 Milieu professionnel et interdisciplinarité.....	136
CONCLUSION.....	141
APPENDICE A : Grille d'entrevue .....	145
APPENDICE B : Lettre d'introduction .....	147
APPENDICE C Certificat éthique.....	149
APPENDICE D : Formulaire de consentement éclairé .....	151
BIBLIOGRAPHIE.....	155

## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1 Incidence annuelle de l'anorexie mentale .....	29
Tableau 1.2 Prévalence et incidence des « troubles alimentaires ».....	31
Tableau 3.1 Description de l'échantillon .....	76
Tableau 5.1 Mes motivations pour devenir travailleuse sociale .....	88
Tableau 5.2 Association libre avec « trouble alimentaire » .....	91
Tableau 5.3. Structure de la représentation « trouble alimentaire ».....	92
Tableau 5.4 Description de la notion de TA .....	94
Tableau 5.5 Aspects sociologiques du « trouble alimentaire » .....	95
Tableau 5.6 Aspects psychologiques et biologiques du « trouble alimentaire ».....	100
Tableau 5.7 Association libre avec « travail social » .....	103
Tableau 5.8 Structure de la représentation « travail social ».....	104
Tableau 5.9 Étapes du processus d'intervention .....	110



## LISTE DES ABRÉVIATIONS, SIGLES ET ACRONYMES

ANEB	Anorexie et boulimie du Québec
APA	Association de psychiatrie américaine
CÉRPE	Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants
CIM-6	Classification internationale des maladies, 6 <sup>e</sup> édition
CHUQ	Centre hospitalier universitaire de Québec
CS – CSP	Constructionnisme superficiel; Constructionnisme social profond
DSM	Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux
EAT	Eating attitude test
IMC	Indice de masse corporelle
NCBI	The National Center for Biotechnology Information advances science and health
OGM	Organismes génétiquement modifiés
OMS	Organisation mondiale de la santé
OTSTCFQ	Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec
SP – SG	Scepticisme profond – scepticisme global
UQAM	Université du Québec à Montréal





## RÉSUMÉ

### Exploration des représentations sociales et des pratiques d'intervention de la travailleuse sociale en contexte de troubles alimentaires

Ce travail de mémoire s'intéresse à l'opinion des travailleuses sociales sur le « trouble alimentaire » et à la spécificité de leur intervention dans un contexte de médicalisation des comportements. L'objectif de cette démarche est de convier le lecteur à une prise de conscience de ce qui est considéré comme « normal » et « naturel » dans notre société. C'est avec l'approche du constructionnisme social et à l'aide de l'analyse de contenu qu'ont été traités les entretiens semi-dirigés de huit travailleuses sociales des régions de Québec et Montréal, afin d'en faire ressortir les représentations sociales. Il s'avère que les travailleuses sociales interrogées se représentent le « trouble alimentaire » comme une expérience douloureuse et complexe qui est à l'origine de comportements d'évitement et de contrôle. Cette expérience est aussi associée à des émotions de honte et de peur, et elle a un impact sur l'estime de soi. Les intervenantes ont de l'étiologie de ce « trouble » une vision originale qui se démarque de l'approche biomédicale de la psychiatrie. Elles abordent cette problématique avec un ensemble théorique et idéologique lié à l'approche bio-psycho-sociale et à l'idéologie néolibérale. En ce qui concerne l'intervention, vu la quantité, la complexité et l'enchevêtrement des représentations sociales engagées dans les interactions des intervenantes, il apparaît difficile d'identifier celles qui sont en action et d'en déterminer l'influence sur les interactions thérapeutiques des intervenantes.

**Mots-clés :** travail social, trouble alimentaire, intervention, représentations sociales





## INTRODUCTION

L'alimentation et les « troubles » qui en découlent sont aujourd'hui très en vogue. On n'a jamais autant parlé d'alimentation dans les médias : revues, livres, émissions de télé, blogues, etc. Sur les tablettes des libraires et sur les ondes télévisuelles se côtoient les disciples de Gargantua et d'Esculape. D'un côté, les chefs de tous les horizons culturels nous présentent, pour notre plus grand plaisir, des recettes follement alléchantes. De l'autre, médecins, nutritionnistes et autres docteurs ès sciences nous mettent en garde contre la surconsommation et la mauvaise qualité de nos intrants alimentaires. À travers ces messages informatifs contradictoires, c'est l'individu qui se trouve sollicité. Dans un monde d'abondance alimentaire, celui-ci doit montrer sa capacité à bien se comporter. Il doit être en mesure de réguler ses humeurs et ses apports alimentaires de manière à contrôler son corps et ses comportements. Le contrôle de soi est devenu l'image de la réussite : c'est ce qui, dans notre société, départage désormais les déviants et les irresponsables. Ces tendances font que de plus en plus de personnes ont de la difficulté à accepter leur corps ou, se voyant incapables d'atteindre ces standards élevés, développent des symptômes physiques, mentaux ou comportementaux. Certains de ces comportements alimentaires sont malheureusement dangereux. Outre les dommages psychologiques, certains des dommages physiologiques causés par les « troubles alimentaires » peuvent avoir de graves conséquences, et même conduire à la mort. Les formes les plus connues et les plus préoccupantes de ces affections sont l'anorexie et la boulimie.

Ce sont ces particularités de notre environnement social, reliées à l'alimentation et à l'image corporelle, ainsi qu'à la manière d'intervenir auprès des personnes vivant des « troubles alimentaires », qui ont suscité notre questionnement et défini

l'objectif de notre recherche. Nous pressentions alors l'importance que pourrait revêtir l'intervention des travailleuses sociales dans l'analyse et la compréhension de cette problématique de santé mentale. En effet, les intervenantes sociales ont reçu un enseignement universitaire leur permettant d'avoir un regard sur l'environnement social et ses conséquences sur les individus. Nous souhaitons, à travers cette démarche, découvrir les perceptions et les opinions des travailleuses sociales au sujet des comportements alimentaires dits « pathologiques ». Nous étions aussi curieux de voir comment ces opinions pouvaient influencer leurs interventions. Nous vous convions donc à une exploration ; nous n'avons pas la prétention d'apporter des réponses ou des solutions à une quelconque problématique, mais souhaitons simplement vous inviter à une prise de conscience sur ce qui est défini aujourd'hui comme un comportement alimentaire pathologique.

L'alimentation, l'image corporelle, les comportements et l'intervention sont au cœur de la problématique de cette recherche exploratoire. Ces éléments à forte teneur culturelle nous ont incités à envisager le questionnement et l'analyse des résultats sous l'angle du constructionnisme social. Dans cette perspective, des notions comme celles de « trouble alimentaire » ou de « trouble mental » ne sont considérées ni comme naturelles, ni comme inéluctables, mais comme une « construction » qui s'est développée au fil du temps et à travers les interactions sociales. Pour le constructionniste, la recherche de la vérité n'est ni importante, ni une fin en soi. Ce qui conduit sa démarche est l'observation des impacts, sur l'organisation de la société et les êtres qui la composent, de l'acceptation d'un objet social, d'une notion ou d'un comportement, comme vrai, naturel et inéluctable.

Ce mémoire comprend six chapitres. Le premier explore la problématique des « troubles alimentaires » sous deux angles : d'une part, le « trouble alimentaire » comme tel, et d'autre part, la spécificité de l'intervention de la travailleuse sociale dans ce contexte particulier. Une incursion dans l'écologie passée et présente du

mangeur fait ressortir les enjeux et l'évolution fulgurante, au cours des 350 dernières années, de l'acte alimentaire. Nous y présentons les différentes influences qu'ont eues les mouvances socioéconomiques et politiques sur la modification des conduites alimentaires et sur leur médicalisation. Nous terminons cette partie du travail avec une exploration de ce que la médecine psychiatrique entend par la notion de « trouble alimentaire » et de la manière dont s'organise l'intervention auprès des personnes définies comme porteuses de ce trouble. Vous trouverez en fin de chapitre le questionnement qu'a suscité en nous cette problématique et ce que nous croyons pouvoir apporter au développement des connaissances avec ce travail.

Dans le deuxième chapitre, nous présentons le cadre théorique avec lequel nous avons analysé les données recueillies. Nous y décrivons ce que nous entendons par « constructionnisme social » en détaillant certaines de ses caractéristiques. La dernière partie est consacrée à la définition du concept de « représentation sociale ».

Le troisième chapitre rend compte des méthodes employées pour récolter les données et analyser les résultats. Nous exposons les arguments qui ont présidé au choix d'une méthode d'analyse. Nous présentons une description de notre échantillon et les modalités employées pour contacter ces personnes. Nous terminons cette partie de la méthodologie en signalant les limites inhérentes à cette recherche.

Le quatrième chapitre fait état des considérations éthiques. Nous présentons à cet effet une description des différents moyens employés pour respecter l'anonymat des participantes à notre étude, ainsi que les risques et les avantages pour elles.

Dans le cinquième chapitre, nous décrivons les résultats de notre cueillette de données. Ceux-ci sont présentés sous cinq thèmes et dans l'ordre où ils ont été recueillis : la formation en travail social, le cheminement professionnel, les opinions

sur le « trouble alimentaire », les représentations reliées au travail social et enfin l'intervention.

Avant de conclure, nous reprenons, au sixième chapitre, certains des résultats que nous mettons en relation avec la problématique, le cadre théorique et notre question de recherche.

Bonne lecture !



## CHAPITRE I

### LA PROBLÉMATIQUE

Les questions et les constats que nous allons présenter dans le cadre de la problématique de recherche peuvent être regroupés en deux volets. D'une part, les questions que soulève la transformation d'un comportement soi-disant « naturel » en une entité pathologique : le « trouble alimentaire ». D'autre part, les enjeux liés à l'intervention auprès de ces personnes vivant un désordre de l'acte alimentaire. L'un des enjeux majeurs qui sera présenté et questionné concerne un possible recentrage de la pratique du travail social vers l'approche biomédicale.

Dans un premier temps, nous définirons ce que manger veut dire pour ensuite repérer les mouvements socioéconomiques et politiques qui ont modelé nos conduites alimentaires. Dans ce parcours historique, nous nous intéresserons plus particulièrement aux phénomènes de médicalisation et de « pathologisation » des conduites alimentaires, ainsi qu'à leur inscription dans les nosographies psychiatriques. Nous terminerons en observant que les pratiques alimentaires désordonnées sont désormais prises en charge par la santé publique, qu'elles sont définies comme pathologiques et qu'elles nécessitent donc une thérapeutique. Nous verrons l'implication des travailleuses sociales comme professionnelles de l'intervention dans le champ particulier de la psychiatrie clinique.

## État de la question

### 1.1 Ce que manger veut dire

Manger, en Occident, est devenu un acte banal que nous faisons plusieurs fois par jour. Cependant, cette action est vitale, car notre survie en dépend. C'est probablement la dimension vitale de l'alimentation qui fait de ce comportement un des plus complexes du genre humain. Sous la banalité de ce geste, que nous posons plusieurs fois par jour et sans trop y réfléchir, il nous paraît important de mettre au jour la complexité de formes et de rôles, parfois insoupçonnés, qui se dissimulent derrière le fait de s'alimenter. Ainsi, Henri Dupin définit « manger » comme une manière « [d'] agir sur soi, sur son corps et sur son humeur, aussi bien pour prévenir ou soigner, que pour soigner son apparence, l'image que l'on veut avoir et donner de soi, son identité » (1992, p.441). L'acte alimentaire se définit donc par ses inextricables aspects biologiques, psychologiques et sociaux.

#### 1.1.1 Aspect biologique

L'aspect biologique de l'alimentation est indéniable, nul besoin d'insister sur sa nécessité. Le comportement alimentaire est régi par des phénomènes physiologiques inconscients qui permettent d'ajuster les apports alimentaires aux besoins énergétiques nécessaires à notre survie. Pour survivre et maintenir de manière optimale ses acquis physiologiques, l'être humain a besoin de retrouver dans son alimentation des nutriments répartis en trois catégories : protéines, glucides et lipides. C'est la faim, sensation physique attribuée au déficit nutritionnel et énergétique, qui déclenche chez l'humain le comportement de recherche d'aliment (Pinel, 2007, p.258). Cette motivation permettra de combler le besoin physiologique de manger. L'autre pôle de ce mécanisme de régulation interne est la satiété, soit l'état d'inhibition de la faim. La satiété est atteinte lorsque l'individu se

sent rassasié. C'est donc le processus de rassasiement qui est impliqué dans le contrôle des portions ingérées et l'arrêt de la prise alimentaire.

### 1.1.2 Aspect psychologique

Manger est aussi une expérience psychologique qui nous apporte du plaisir. Le plaisir est donc une composante intrinsèque et nécessaire au bon fonctionnement de l'acte alimentaire (Lanouguère-Bruneau, 2006). Lorsque nous nous alimentons, les composantes psychologiques sont en constante interaction avec les aspects biologiques et socioculturels. Avant même de mettre de la nourriture dans notre bouche, sa préparation sollicite les sens de la vue, de l'odorat et du toucher. Ces signaux électrochimiques activent les zones du plaisir et de la récompense de notre cerveau. Certains ingrédients, dont le sucre, le sel et le gras, pris individuellement ou en combinaison avec d'autres aliments, intensifient le plaisir. Ce plaisir évolue également à l'intérieur des règles et des limites imposées par les dimensions économiques et culturelles dans lesquelles nous vivons (Facy, 2009, p.14).

### 1.1.3 Aspect culturel et social

L'alimentation et les traditions culinaires présentent, au même titre que la langue ou l'ethnie, des caractéristiques structurelles de la société qui permettent de nous identifier aux nôtres, de nous situer dans l'univers et par rapport à l'étranger (Lévi-Strauss, 1971 ; Farb et Amalagos, 1980, p.217 ; Dupin, 1992, p.423). Manger est donc une expérience de socialisation importante (Facy, 2009, p.16). Nous recevons, de notre environnement, des messages des pairs (amis et famille) et des institutions de santé publique, mais aussi de l'industrie marketing (promotion, étiquetage, conditionnement), qui influencent, consciemment ou non, nos comportements alimentaires en modifiant le choix de nos aliments, la manière de les préparer et de les ingérer, conférant à l'acte alimentaire un caractère culturel incontournable.



Ce que nous nommons « culture alimentaire québécoise », et la soi-disant tradition culinaire, sont un bricolage historique (Desloges, 2011), une construction, le reflet de notre environnement social et économique, de nos interprétations, de nos représentations sociales, de la recherche du plaisir et des influences des classes sociales supérieures. Ce caractère construit de notre comportement alimentaire a peu de rapport avec la logique biologique ou nutritionnelle. Pour Jean-Paul Sartre, « il n'y a pas de nature humaine ; l'homme est tel qu'il se conçoit et tel qu'il se veut » (Sartre, 1996, p.29). Cela vaut aussi pour l'alimentation. Les considérations psychologiques et culturelles, comme le plaisir, les normes du groupe et les conditions de l'environnement, supplantent les aspects biologiques de l'alimentation qui s'adaptent aux aléas de l'environnement socioculturel. Des événements comme l'accroissement des populations et des marchés, les développements technoscientifiques, la disponibilité des capitaux, l'industrialisation et l'implication de l'État dans l'économie et la santé, le recul et l'émergence des pratiques religieuses, ont modelé la construction de l'acte alimentaire.

## 1.2 Les pratiques alimentaires aujourd'hui

Au Québec, nos comportements alimentaires ont grandement évolué depuis le début de l'industrialisation. Cette période de développement industriel a apporté des changements à la composition et aux modalités de notre alimentation, et révolutionné notre manière d'accéder à la nourriture. L'exode rural et le début du peuplement des zones urbaines sont des moments clés à partir desquels le rapport à l'aliment a été modifié. Au tout début de l'urbanisation, il était possible pour la famille ouvrière de disposer d'un peu d'espace afin de pratiquer, sur une petite échelle, l'agriculture et l'élevage d'animaux de boucherie, ce qui apportait un complément à la ration alimentaire. Le développement de l'urbanisation et de l'industrialisation a fait disparaître le bétail des espaces urbains, l'agriculture s'est muée en jardinage et l'énergie auparavant consacrée à la production et à la



conservation des aliments a progressivement été transférée à l'industrie (Essemyr, 1993). Comme l'écrit Ferrière, « le consommateur citadin déstabilisé, coupé de la campagne, ne sait plus ce qu'il mange et ne mange plus la même chose : l'économie urbaine crée un nouveau modèle de consommation » (Ferrières, 2002, p.69).

Ainsi, aujourd'hui, s'alimenter n'est plus lié à des contraintes naturelles et l'efficacité des réseaux de distribution et de fabrication a gommé les saisons et la géographie. Désormais, nous disposons d'une nourriture variée et abondante tout au long de l'année. Le choix de notre nourriture et le temps consacré à préparer et à consommer nos repas ont aussi considérablement évolué. Le montant d'argent consacré à l'alimentation a également beaucoup diminué. De nos jours, une famille de la classe moyenne consacre 11,6 % de son budget à l'alimentation ; de ce montant, 73,6 % sont dépensés dans les magasins d'alimentation pour l'achat de denrées qui seront consommées à la maison et 26,4 % sont dépensés pour la consommation à l'extérieur de la maison (MAPAQ, 2013).

En outre, depuis l'industrialisation, le panorama urbain s'est considérablement transformé de manière à réduire notre dépense énergétique mais, paradoxalement, les sources d'énergie alimentaire n'ont jamais été aussi accessibles. Notre environnement urbain et domestique est aménagé pour limiter nos dépenses caloriques et nous sommes désormais déchargés de la contrainte des travaux musculaires fatigants et exigeants.

L'évolution économique et industrielle a également considérablement modifié la symbolique et l'ordre classificatoire liés à la nourriture. Aujourd'hui, dans notre société individualiste et narcissique, les aliments sont classés selon leur fonctionnalité. D'un côté, les végétaux consommés pour leur teneur en vitamines et, de l'autre, les animaux pour les protéines. Les animaux sont jugés comestibles selon leur niveau de conscience : ceux qui nous sont les plus proches, en raison de leur aptitude à « penser » et à « ressentir », sont épargnés. Ces tendances

anthropomorphistes modèlent notre rapport à la nature et nos comportements alimentaires. Ce phénomène s'est accentué avec l'urbanisation qui nous a éloignés de nos sources d'approvisionnement alimentaire, transformant notre rapport à la nourriture. Aujourd'hui, nous n'avons plus à chercher la nourriture : nous l'achetons, aseptisée, dénaturée et emballée. La vue a pris le dessus sur le toucher et l'odorat dans le choix de nos aliments et la prévention des intoxications alimentaires. Nous faisons désormais confiance à l'étiquetage des produits qui nous renseignent sur la qualité et la salubrité des aliments.

#### 1.2.1 Aliments des riches – aliments des pauvres

Il est important de souligner que l'alimentation du commun des mortels a toujours été influencée par celle de l'élite. Un clivage entre l'alimentation des nantis et des plus pauvres a toujours pu être remarqué au cours de l'histoire. Mais le développement de la société de consommation a favorisé l'élargissement de la classe moyenne, ainsi que la modification du visage de la pauvreté. Aujourd'hui, l'alimentation s'est démocratisée grâce à l'augmentation des rendements agricoles et à l'abaissement substantiel du coût des calories alimentaires. La mise en marché et le marketing ont développé de nouvelles manières de vendre et d'acheter. Les grandes chaînes alimentaires auprès desquelles nous nous approvisionnons ont permis l'homogénéisation des régimes alimentaires entre riches et pauvres. Cependant, et bien que l'on ne meure plus de faim dans le Québec contemporain, la composition de nos repas diffère toujours selon nos origines sociales. C'est le rapport calorie/fibre du contenu de nos assiettes qui marque désormais la distinction entre démunis et nantis. Les classes supérieures privilégient les aliments recommandés par la science nutritionnelle et consomment plus de produits frais, comme les légumes et les fruits, tandis que les classes défavorisées optent pour plus de produits carnés et de mets préparés industriellement (Cadotte, 2012, p.71). Aussi, malgré une certaine démocratisation de l'offre et de la variété alimentaire, il

est encore difficile pour les plus démunis d'accéder facilement à cette diversité d'aliments en raison de leurs faibles moyens financiers. Par ailleurs, les enquêtes démontrent que les modes d'alimentation des classes économiques défavorisées et sous-scolarisées ont un impact important sur le taux d'obésité (*Ibid.*).

### 1.2.2 Modification des perceptions du corps et de la santé

Avec l'industrialisation et la démocratisation de l'alimentation ont émergé de nouvelles perceptions du corps et de la santé. La définition de la santé a évolué, passant de l'absence de maladie à un idéal de bien-être, pour finalement se muer en norme à respecter. Au cours de cette période, le corps est devenu l'emblème de notre conformité à cette nouvelle norme sociale de santé. Depuis toujours et dans toutes les cultures, l'être humain a souhaité façonner et parer son corps selon les critères culturels de son époque, en utilisant les vêtements, la peinture, la scarification, le tatouage, et plus récemment en tentant de contrôler la qualité de ses tissus adipeux. Cette perspective du contrôle de l'apparence corporelle par le biais de l'alimentation est récente dans nos civilisations. Notre corps, comme premier médiateur de l'interaction avec l'autre, est un élément primordial du développement identitaire. Henri Dorvil, dans un ouvrage sur le handicap, écrit à ce sujet :

Dans cette croisade pour l'uniformisation des corps et des esprits, les normes de beauté physique s'avèrent primordiales. [...] On comprendra dès lors les préjugés défavorables qui affligent les corps différents et aussi la très forte croissance de la clientèle de la chirurgie plastique et esthétique dans nos sociétés. (Dorvil, 2011, p.198)

Les classes sociales se définissent aussi par la distinction des corps. Ainsi, le corps frêle des classes aisées s'oppose au corps fort et robuste des ouvriers. Les répertoires alimentaires se distinguant selon les classes sociales, et cette distinction est renforcée par l'importance que prend la forme du corps comme étendard de sa classe sociale.



### 1.2.3 « Manger », une marque distinctive de notre identité

Cependant, si, aujourd'hui, s'alimenter demeure un signe distinctif de classe, les pratiques alimentaires sont, plus que jamais, une manière d'affirmer son individualité. Il est ainsi possible d'observer l'émergence de particularités alimentaires individuelles, par exemple le végétarisme, l'alimentation macrobiotique, le régime carné, le régime halal, l'alimentation « vivante », les repas et les jeûnes liturgiques. Toutes ces spécificités comportementales, en lien avec l'alimentation désormais considérée comme un « choix » personnel, permettent aux individus de bricoler un discours sur eux-mêmes. Ainsi, comme le suggère Giddens :

L'individu se voit donc dans l'obligation de faire des choix, de les expliquer, de les justifier, de bâtir un discours sur lui-même qui lui permettra de se justifier à ses propres yeux et à ceux des autres. Il se trouve toujours devant la nécessité de bricoler une histoire qui lui permettra de rendre compte du sens et de la cohérence de ses actions, histoire qu'il se racontera à lui-même et aux autres. (1991, cité dans Godin, 2011, p.68)

Nous pouvons voir dans cet exercice définitionnel l'une des conséquences importance de la modernité, qui oblige l'individu à se définir par lui-même. En ce sens, il est possible de penser que les pratiques alimentaires et les discours qui leur sont associés s'inscrivent dans un exercice définitionnel et justificatif de sa propre individualité.

### 1.2.4 Alimentation et responsabilité individuelle

L'alimentation, de par sa nature essentielle, a depuis toujours fait l'objet d'un intérêt particulier chez les philosophes, les penseurs et les médecins. Déjà, les Grecs convenaient de l'importance de l'alimentation pour l'humeur et l'état de santé. Depuis la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, les développements scientifiques ont permis à la médecine et à la diététique de se positionner comme les chantres du discours alimentaire scientifique, avec comme conséquence le basculement de l'alimentation

dans la sphère médico-scientifique. Nos choix alimentaires reposent aujourd'hui sur la raison, la logique et des données probantes ; ils ont perdu leurs aspects émotifs et symboliques. Par conséquent, s'alimenter est devenu une affaire complexe que l'on a confiée à l'industrie agroalimentaire et à des spécialistes (scientifiques, médecins, nutritionnistes) sur qui nous comptons pour nous protéger contre les risques liés à l'alimentation pour nous rassurer et nous indiquer la voie à suivre (Fischler, 1993, p.391). Ainsi, l'adage d'Hippocrate « que ton aliment soit ton médicament » a trouvé un appui scientifique.

Ces développements scientifiques ont permis la modification des représentations de l'alimentation. Aujourd'hui, les aliments sont des éléments fonctionnels considérés pour leurs conséquences sur la santé, leur digestion et leur impact sur le tissu adipeux (Urdapilleta *et al.*, 2005). Les études épidémiologiques n'ont cessé de mettre en rapport morbidité et alimentation, identifiant la nourriture comme la grande responsable de plusieurs de nos maux – cancers, hypertensions, désordres intestinaux, colites de toute sorte, troubles cardiovasculaires, obésité. L'obésité, qui a été définie comme une maladie en 1997 par l'Organisation mondiale de la santé (OMS), est désormais considérée comme une « accumulation anormale ou excessive de graisse corporelle qui peut nuire à la santé », pour constituer la première épidémie non infectieuse de l'humanité et un problème majeur de santé publique (OMS, 2013).

Ces découvertes nutritionnelles ont été récupérées par l'État et l'industrie agroalimentaire. Ainsi, dès 1942, le gouvernement canadien a mis de l'avant un guide nutritionnel, ancêtre du guide alimentaire canadien, qui mettait l'accent sur les sept éléments essentiels d'une bonne alimentation (lait, fruits et légumes, céréales, viande, poisson, œufs et l'huile de foie de morue) et la quantité quotidienne à consommer pour être en bonne santé (Musée McCord, 2008). Également, les compagnies d'assurance sur la vie et les transformateurs

alimentaires ont été très présents sur la scène de la nutrition et de la santé collective en s'impliquant dans la lutte contre les maladies chroniques. Avec un intérêt financier manifeste, ils ont repris à leur compte le discours sur la saine alimentation et les directives du guide alimentaire de l'État pour proposer de nouveaux aliments industriels.

Toutes les informations nutritionnelles en provenance des « experts » de la science percolent dans la population et donnent naissance à des courants quasi religieux qui nous font diaboliser une catégorie de nutriments et encenser une autre. Pensons à certains aliments, comme les gras et les sucres raffinés (Waysfeld, 1999, p.6), qui sont disqualifiés à cause de leur qualité fortement calorique et de leur supposé impact délétère sur notre métabolisme. Par ailleurs, ces mises en garde nutritionnelles côtoient une sollicitation continue qui nous incite à constamment consommer de la nourriture. L'industrie agroalimentaire, enrichie des dernières découvertes en psychologie sociale sur la mise en marché de ses produits, nous inonde d'une publicité qui tente de nous faire succomber à tous ces produits alléchants. Les nombreux restaurants, omniprésents dans le paysage urbain, nous servent des portions gargantuesques. La vaisselle aux assiettes surdimensionnées se joint au « Finis ton assiette ! » de notre enfance et nous incite à manger toujours plus. Comme consommateurs, nous sommes pantois face à ces injonctions contradictoires : « Mangez » et « Attention à votre santé ».

Pour Martine Padilla (économiste et administratrice scientifique au CIHEAM-IAM), nous sommes passés au cours des cinquante dernières années d'un discours épicurien à un discours engageant, évolution qui nous a amenés vers une responsabilisation individuelle de plus en plus marquée. Le consommateur se trouve désormais face à ses responsabilités de citoyen et à des choix parfois cornéliens entre le respect du bien commun et de sa santé (Padilla, 2011). Conséquemment, l'association entre alimentation et bonne santé, qui s'est progressivement imposée



dans la société, a renforcé la pression sur l'individu afin que celui-ci se responsabilise et adopte des comportements appropriés au maintien de sa santé (Facy, 2009, p.33). La santé est dès lors présentée comme une responsabilité personnelle, et l'individu doit être rationnel et maître de lui-même. « On assiste à une reconfiguration majeure des sociétés occidentales alors qu'elles tendent à devenir de véritables sociétés de la santé » (Guest, 1991, cité dans Nader, 2012, p.1).

### 1.3 L'épidémiologie et le principe de prévention

La modernité et les changements de mentalités qui se sont opérés dans nos sociétés occidentales nous ont permis, après une lutte acharnée, d'écarter le fatalisme. Nous avons repoussé les menaces provenant de l'environnement et de nos prédateurs biologiques, maintenant il faut s'employer à prévenir leur retour. Nous sommes désormais engagés dans l'ère de la prévention : le discours étatique est passé de l'urgence à la prévoyance et la médecine épidémiologique occupe une place de plus en plus grande dans l'espace social. Ce principe de prévention a entraîné une modification importante du modèle pathologique qui s'est alors orienté vers les affections métaboliques chroniques. Les batailles de la médecine épidémiologique portent désormais sur des problématiques comme le cancer, le diabète, l'obésité, les maladies cardio-vasculaires. Ont ainsi été définis et identifiés des comportements à risques pour la santé de la population.

De manière plus globale, cette nouvelle posture, adoptée par la médecine et l'épidémiologie, a eu des conséquences importantes sur nos vies. Pensons par exemple à la redéfinition de ce que signifie être en santé, à l'abaissement du seuil de tolérance à la douleur, au développement de l'État providence, à l'étatisation des soins de la santé et des services sociaux, à la professionnalisation des acteurs du système de soins et de santé, au déplacement de la pratique médicale de la clinique à l'hôpital et aux développements de l'industrie pharmaceutique. Tous ces

événements ont favorisé l'implantation sans réserve de la médecine et du discours préventifs au sein de la société. Comme individu et comme société, nous sommes devenus complètement tributaires du système de soins et de ses acteurs, et cette préoccupation de tous les instants est partagée autant par la population que par nos dirigeants. L'ampleur du phénomène est telle que les sociologues parlent maintenant de la médicalisation de la société. Pour Gilbert Renaud, la médicalisation « c'est [...] un fait social, celui de la place de plus en plus grande de la médecine et des sciences biomédicales dans les sociétés contemporaines » (Renaud, 1995, p.167). Certains événements sociaux, comme l'augmentation de la scolarisation, la médiatisation des découvertes scientifiques, des diagnostics et des traitements possibles ont participé à la médicalisation de la société. Ces mêmes événements ont aussi favorisé l'émergence d'une nouvelle classe de gens plus informés et plus exigeants en terme de compétence, d'efficacité et de qualité des soins prodigués par les acteurs du système de santé (Nader, 2012).

Dans notre société, la santé est devenue une affaire collective et le **renforcement** prophylactique a soutenu la montée d'un message moralisateur qui conjugue responsabilités individuelles et responsabilités collectives.

#### 1.4 Médicalisation des comportements

La conjoncture sociale qui a permis le développement de la médicalisation des comportements rassemble des éléments disparates appartenant autant à l'âme humaine qu'aux domaines psychologiques, économiques, bureaucratiques et politiques. Par exemple, le discours prophylactique de la médecine épidémiologique, en alimentant chez la population la crainte et l'inquiétude, a légitimé l'instauration de mesures de contrôle social des comportements jugés indésirables et dangereux. Également, c'est au nom de l'hygiène publique que l'État a confié à la médecine et aux médecins le devoir de gérer les risques liés aux comportements dérogeant aux normes de bonne santé.



La psychiatrie tient donc en observation un ensemble de comportements, comme le tabagisme, l'hyperactivité chez les enfants, la ménopause, la naissance, la mort, la sexualité et toutes les formes de dépendances, afin de cadrer et de délimiter les frontières de l'acceptable. Il existe désormais un seuil, une norme au-delà desquels on est reconnu, et l'on se reconnaît, comme malade mental (Di Vittorio, 2005). Pour contrôler les comportements indésirables, on met en place des campagnes préventives d'éducation à la santé, qui se basent sur les plus récentes avancées de la psychologie sociale et des théories behavioristes, afin de convaincre la population des dangers de pratiques potentiellement nocives.

Les entreprises privées ont aussi contribué à l'essor de la médicalisation, comme le montre l'exemple des compagnies d'assurance. À la fin du XIX<sup>e</sup> siècle, préoccupées par l'amélioration et la rentabilité de produits financiers tels l'assurance-vie, les sociétés financières, avec l'aide de médecins épidémiologistes, ont établi une corrélation entre augmentations du risque de morbidité et/ou de mortalité et certains paramètres physiologiques. C'est à partir de ces études que le surpoids et l'obésité ont commencé à être ciblés comme facteurs de risque mortel (Fischler, 1993, p.318). Ce que les compagnies d'assurance ont permis, dès 1923, c'est l'établissement de la notion de poids idéal en se basant sur des critères physiologiques et sur l'indice de masse corporelle (IMC), soit le poids versus la taille au carré. Contrairement à une idée répandue qui veut que les rondeurs adipeuses aient été à certaines époques jugées acceptables, il y a toujours eu une préoccupation des autorités sanitaires à propos du niveau d'embonpoint de la population. Auparavant, la mesure de l'excès de poids était résolument subjective et sans fondement scientifique. Mais, grâce aux découvertes épidémiologiques, le seuil qui départage embonpoint normal et pathologique s'établit désormais sur des critères objectifs et scientifiques. Les compagnies financières ont diffusé cette table des poids idéaux en indiquant le seuil de l'IMC au-delà duquel la morbidité augmentait. Cette publication, et les seuils qu'elle établissait, a eu pour

conséquence de faire basculer toute une frange de la population dans la morbidité, en plus d'éveiller et d'alimenter au sein de la société la peur de la graisse sous ses formes alimentaires et cutanées. Malgré le fait que des contre-études ont remis en question la validité scientifique de ces tables, la médecine clinique s'en est emparée et les diffuse encore aujourd'hui.

Les épidémiologistes engagés par l'industrie financière ont continué à rechercher d'autres corrélations entre morbidité et paramètre physiologiques et, vers 1950, le taux de cholestérol sanguin a été ciblé comme facteur de risque pour les maladies coronaires. Ces nouveaux paramètres de santé ont établi la dangerosité des graisses de consommation, devenues inutiles et pathogènes, comme les responsables de la production du mauvais cholestérol sanguin (Fischler, 1993, p.317). Cette fois encore, les conclusions de ces études furent contestées et les scientifiques n'ont pu parvenir à un consensus quant à la détermination d'un seuil physiologique au-delà duquel le cholestérol représente un danger réel pour la santé. Mais le seul fait de fixer un seuil faisait en sorte de créer une norme à partir de laquelle pouvait se définir l'état de maladie.

#### 1.4.1 Conséquences de la médicalisation des comportements

Toutes ces avancées biotechnologiques et médicales ont certes eu des effets bénéfiques sur notre état de santé global, notre longévité et notre qualité de vie, mais ont aussi apporté quelques revers. Le phénomène de médicalisation qui s'est étendu à toutes les sphères de l'activité humaine a imposé une reconfiguration des comportements pathologiques. Cette nouvelle frontière qui départage le normal du pathologique a contribué à l'enflure<sup>3</sup> des nosographies, créant de ce fait de

---

<sup>3</sup> Le premier DSM (DSM-I), publié en 1952, décrivait les critères diagnostiques de 60 pathologies différentes. En 1994 la quatrième édition du DSM (DSM-IV) reconnaît quant à elle 410 troubles psychiatriques. Une augmentation de 583 % des cas pathologiques.



nouvelles classes de « malades » (Malvezin, 2010, p.85). Sur le plan de la santé physique, la médicalisation a favorisé la prolifération des interventions médicales et pharmaceutiques (Collin et Suissa, 2007, pp.26-28) et, par ricochet, l'augmentation des maladies iatrogéniques (Cohen, 2011, p.227). Sur le plan de la santé mentale, le processus de médicalisation des comportements a eu comme effet de déposséder l'individu de son expérience et de son sens critique, de réduire son autonomie et sa réinsertion sociale, d'étiqueter ces personnes comme malades mentaux, entraînant leur stigmatisation au sein de la société.

Un autre des revers importants associés à la médicalisation et au recul du fatalisme est l'abaissement, au sein de la population, des seuils de tolérance du dysfonctionnement social et de la douleur physique. Cette intolérance s'est développée suite aux changements sociaux survenus depuis l'industrialisation et entraîne la population vers des solutions rapides et efficaces du soulagement du mal-être et de la douleur physique et psychique. Ce droit pour tous d'accéder rapidement au bien-être favorise l'accroissement de la consommation de psychotropes comme recours thérapeutique (Collin et Suissa, 2007, p. 26-28).

Le processus de médicalisation a aussi favorisé la dégradation de notre subjectivité sanitaire. Luc Périno (2012) explique que la subjectivité sanitaire est un indice utilisé par les enquêteurs de l'OMS afin de déterminer le statut sanitaire d'une population. Il est recueilli par questionnaire auprès de la population qui évalue subjectivement l'ordre de grandeur de ses pathologies et de son niveau de santé. Selon ces données, les pays ayant la plus faible espérance de vie ont aussi le plus faible taux de morbidité auto-déclarée. Donc, plus l'on est préoccupé par la santé et plus on se trouve de maladies. Cette appréciation n'est pas sans conséquence, car

---

« elle perturbe l'appréciation du niveau de santé réel d'un pays et peut conduire à des erreurs ou à des politiques sanitaires injustifiées » (*Ibid.*, p.108).

Un autre côté malheureux de la médicalisation du social est le fait que la médecine humaniste s'est pervertie en accédant à la méthode scientifique. Pierre Pascual (2005, p.140), explique ce constat par le fait que la méthodologie scientifique ne tient pas compte de l'individu, mais de l'ensemble, de ce qu'il nomme « l'uniformisation du singulier sous des lois générales » (*Ibid.*) et affirme qu'il est contestable de vouloir soulager la souffrance humaine à l'aide de connaissances scientifiques et de lois générales. La souffrance est l'ultime refuge de l'homme, et la soulager ne peut se faire qu'en se penchant sur l'intime et le particulier de chaque être humain.

#### 1.4.2 La psychiatisation des comportements alimentaires

Certains comportements alimentaires, comme les dérives du trop manger qui entraînent l'obésité ou la privation anorexique et ses conséquences désastreuses, sont jugés délétères et considérés comme des affections psychiques que l'on catalogue dans les nosographies psychiatriques. Pour certains auteurs (Fischler, 1993 ; Waysfeld, 1999), ces dérèglements du comportement seraient dus à l'abondance alimentaire et au décloisonnement des lieux et des moments autrefois réservés à l'alimentation. Ainsi, dans notre société moderne marquée par l'immédiateté et l'abondance, certains individus à la recherche du plaisir instantané court-circuitent la séquence besoin-aliment-plaisir, ce qui entraîne un débalancement des apports caloriques et des modifications métaboliques comme l'augmentation du taux d'adiposité, de sucre et/ou de cholestérol sanguin (Waysfeld, 1999, p.6). À l'opposé, l'individu diabolisant le plaisir alimentaire, niant de ce fait son rôle central dans la régulation de la faim, peut aussi vivre certains « troubles alimentaires ».

Dans nos sociétés, l'anorexie et la boulimie ont donc émergé suite à l'élargissement la classe moyenne et de la petite bourgeoisie, de la démocratisation des produits alimentaires et des comportements de loisir. C'est à partir de ce moment que les médecins ont vu apparaître dans leur paysage hospitalier des jeunes personnes aux comportements alimentaires dérogeant aux normes nutritionnelles et sociales qui entraînaient des problèmes métaboliques et de la souffrance. Par ailleurs, ces comportements n'étaient pas inédits, l'histoire en révélait l'existence bien avant aujourd'hui. Ce qui est particulier à notre époque, c'est que la médecine psychiatrique interprète ces comportements comme un trouble nerveux et qu'elle tente de réhabiliter les personnes qui en souffrent.

Nous nous emploierons, dans la prochaine section de ce chapitre, à la description des deux « troubles alimentaires » les plus répandus au sein de la population, soit l'anorexie et la boulimie. Ces comportements, qui présentent des risques réels pour la santé métabolique et mentale, se situent aux extrémités d'un continuum formé par le contrôle de soi et de ses pulsions et le laisser-aller complet.

#### 1.4.3 Inscription nosographique des comportements alimentaires

Les principales sources d'information en matière de santé mentale sont les éditions de l'association de psychiatrie américaine et de l'OMS qui, au tournant des années 1950, publient chacune leur nosographie, soit le *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) et la *Classification internationale des maladies* (CIM-6). Ces ouvrages sont devenus des références pour la psychiatrie internationale et aussi pour l'ensemble des acteurs œuvrant dans le domaine des soins de santé mentale. Nous nous attarderons au contenu proposé par les éditions de l'APA étant donné l'influence de cette publication en Amérique du Nord. Les éditeurs du DSM offrent à l'usage des cliniciens de différentes orientations cliniques une nosographie qui se veut athéorique et purement empirique. On y présente une description des symptômes comportementaux qui laisse de côté les particularités étiologiques.



Nous retrouvons au sein de l'édition du DSM-IV-TR (APA, 2003, p.675-689) deux diagnostics spécifiques à propos des dysfonctions alimentaires, soit l'anorexie mentale (*Anorexia nervosa*) et la boulimie (*Bulimia nervosa*). Ces affections répondent à des critères diagnostiques précis, et les autres formes de troubles alimentaires qui ne répondent pas exactement aux critères de l'anorexie et de la boulimie sont classées sous la catégorie des « troubles des conduites non spécifiques ». L'obésité figure dans la classification internationale des maladies (CIM) comme une affection médicale générale, mais n'est pas répertoriée dans le DSM. Par ailleurs, les éditions du DSM (*Ibid.*, p.121-127) consacrent une section aux troubles des conduites alimentaires qui apparaissent généralement au cours de la petite enfance, soit le mérycisme, le pica et les « troubles de l'alimentation et les troubles des conduites alimentaires habituellement diagnostiqués pendant la première ou la deuxième enfance ».

Depuis 1950, les différentes éditions du DSM ont évolué de manière importante. Par exemple, en 1980, dans le DSM III, à la section dédiée aux « troubles des conduites alimentaires », les diagnostics d'anorexie et de boulimie pouvaient être portés chez une même personne si les problèmes d'image corporelle et d'amaigrissement étaient accompagnés par des vomissements et/ou des purgatifs. Dans le DSM IV, en 1994, une distinction diagnostique nette s'est installée entre anorexie et boulimie, et on tient désormais davantage compte des critères corporels et biologiques. L'évolution du DSM se poursuit, et la nouvelle édition parue en 2013 (DSM V) apporte, dans la catégorie des troubles des conduites alimentaires, une nouvelle entité diagnostique, l'« hyperphagie boulimique ». Selon les éditeurs, cette affection présente des conditions cliniques suffisamment particulières qui lui méritent une place à côté de l'anorexie et de la boulimie. La plus grande incidence de cette affection au sein de la population et sa distribution à plusieurs classes d'âges la démarquerait des autres « troubles alimentaires » recensés jusqu'à aujourd'hui. Ce « trouble » affecterait autant les hommes que les femmes dans une



fourchette d'âge bien supérieure à celle de l'anorexie et de la boulimie, et aurait une incidence marquée sur l'obésité (Senécal et Richardson, 2012).

#### 1.4.3.1 Le comportement boulimique

Nous pouvons retracer dans les récits historiques la description de comportements alimentaires qui correspondent à ce que l'on nomme aujourd'hui boulimie. Les Romains, au I<sup>er</sup> siècle av. J.-C., se livraient à des orgies alimentaires lors de somptueux banquets qui se prolongeaient grâce aux vomissements provoqués. Ces comportements n'avaient alors pas de connotation médicale. Sénèque, philosophe et homme d'État romain du I<sup>er</sup> siècle de l'ère chrétienne, décrivait le comportement de ses concitoyens ainsi : « Ils vomissent pour manger et mangent pour vomir ».

C'est au XVIII<sup>e</sup> siècle que la médecine a commencé à se pencher sur ces comportements et en a modifié l'interprétation, les transférant de la sphère du « normal » à celle du pathologique. En 1869, Blachez décrit les symptômes d'un trouble fonctionnel qu'il explique comme une forme gastrique d'un désordre nerveux. Il avait remarqué, surtout chez des hommes, « une faim insatiable qui devient la seule préoccupation du patient au point de limiter l'ensemble de ses fonctions » (Dumas, 2002, p.384). En 1903, Janet, dans son ouvrage *Les Obsessions et la Psychasthénie*, décrit plusieurs cas présentant les caractéristiques de la boulimie. Freud, en 1925, interprète vomissement et boulimie « comme une défense hystérique contre l'alimentation » (Giraud, 2012). Par la suite, différentes approches conceptuelles sont proposées pour la boulimie, et ce n'est qu'en 1979 que Russel, médecin psychiatre anglais, a décrit l'entité *Bulimia Nervosa* comme une entité clinique séparée de l'anorexie mentale et de l'obésité (Pomerleau, 2001, p.33).

#### 1.4.3.2 Le comportement anorexique

Selon Helen Gremillion (2003, p.2), l'anorexie a été adressée aux bons soins des psychiatres depuis qu'elle a été identifiée comme un « trouble » en 1873. À ce

moment, l'éventail des diagnostics était assez réduit et les plaintes des femmes étaient rangées sous la rubrique « hystérie ». L'anorexie a donc été considérée comme un type d'hystérie. À partir de 1914, suite à la publication de Simmonds, l'étiologie de l'anorexie est considérée en termes endocriniens, c'est-à-dire comme une dysfonction de l'hypothalamus, et traitée comme telle par la plupart des médecins au cours des deux ou trois décennies suivantes, jusqu'au moment où, en 1930, a été remise en question la théorie de Simmonds à propos de l'anorexie. Avec les années 1950, la vague freudienne et les théories psychanalytiques gagnent le devant de la scène, et le but de la thérapie est alors de redonner à la personne le désir d'être une femme adulte. Dans les années 1960, certains thérapeutes commencent à faire preuve de scepticisme face aux concepts freudiens, et développent de nouvelles formes de psychothérapie. La recherche d'un traitement rapide et efficace contre la chronicité de l'anorexie aboutit à des approches de type comportementaliste qui deviennent rapidement la nouvelle norme en matière d'intervention. Le protocole est assez simple : favoriser la réalimentation grâce à des renforcements positifs et décourager la perte de poids avec des renforcements négatifs.

Dans notre société occidentale où les aliments sont abondamment disponibles, la personne en restriction alimentaire, voire celle qui jeûne et s'impose une ascèse rigide, impressionne et suscite l'admiration par son autocontrôle et sa discipline. Cette représentation sociale élitiste de l'anorexique suscite l'intérêt des chercheurs et des cliniciens et sur le site web de *PubMed*, (NCBI, 2012), le mot clé *anorexia* génère plus de 25 000 articles alors que *bulimia* n'en génère même pas 8 000. L'épidémiologie nous apprend pourtant que le comportement boulimique est une problématique beaucoup plus répandue au sein de la population.

À d'autres époques, les représentations liées à la nourriture et à l'alimentation étaient imprégnées du christianisme et influencées par les famines. Et bien

différentes de celles d'aujourd'hui. Ainsi tout refus de manger n'était pas considéré comme un jeûne ou de l'ascétisme, et toute abstinence prolongée comme miraculeuse (Bynum, 1985). C'est pourquoi il est hasardeux de tenter avec notre regard contemporain d'interpréter comme pathologiques des situations passées. Il faut retenir de cela que le refus volontaire de s'alimenter a été utilisé depuis fort longtemps et à différentes fins. Ce qui pose problème aujourd'hui et qui, selon Murielle Darmon (2003, p.22), « est un contresens historique », c'est cette tentative d'interpréter ou de diagnostiquer ces comportements passés comme de l'anorexie.

Plus spécifiquement, à propos du diagnostic d'anorexie, c'est à partir des XVII<sup>e</sup> et XVIII<sup>e</sup> siècles que le corps médical, en s'opposant à l'Église, commença à se pencher sur l'abstinence alimentaire des femmes. La science remettait en question les considérations d'ordre surnaturel, observées entre autres parmi les femmes du haut Moyen Âge et de l'époque victorienne. Par exemple, pensons aux mystiques médiévales comme Catherine de Sienne ou Marguerite de Cortone, ou encore aux « *fasting girls* ». Les médecins nommèrent alors ces comportements restrictifs *inedia prodigiosa* et *anorexia mirabilis* (perte miraculeuse d'appétit). Deux moments forts sont reliés à la considération de ce comportement comme pathologique. D'une part, la pratique de la restriction alimentaire et du jeûne ont été transportés de la sphère ecclésiastique à la sphère médicale, et le jeûne a été reconnu comme une entité diagnostique à part entière. Les médecins Lasègue<sup>4</sup> et Gull<sup>5</sup>, considérés comme les pères fondateurs ou les inventeurs du diagnostic d'*anorexia nervosa*, ont chacun de leur côté décrit les cas de jeunes filles issues de

---

<sup>4</sup> Ernest-Charles Lasègue (1816-1883), psychiatre et médecin français qui s'intéressa particulièrement aux troubles psychosomatiques et aux comportements hystériques (Wikipédia, *Ernest-Charles Lasègue*).

<sup>5</sup> Sir William Withey Gull (1816-1890), first Baronet of Brooke Street et médecin britannique au service personnel de la Reine Victoria (Wikipédia, *Anorexia nervosa*).



la bourgeoisie qui restreignaient leur alimentation et maigrissaient, parfois jusqu'à l'émaciation, tout en étant très actives. Il n'était pas possible d'attribuer des causes physiques à cet état qui sera dès lors considéré comme nerveux ou mental (Darmon, 2003, p.21-26).

Aujourd'hui, il est possible d'observer un phénomène social nouveau lié à l'anorexie. Sur Internet et sur les réseaux sociaux, les mouvements pro-ana<sup>6</sup> et pro-mia rassemblent quantité de jeunes femmes qui échangent sur leur performance anorexique et les moyens d'y arriver, créant de ce fait une communauté et une culture anorexique. Le discours est radical et politique, on réclame comme un droit le choix et la liberté d'être anorexiques. Contre ces élans encourageant la déviance et le risque, l'opinion publique et les décideurs se sont insurgés et des tentatives légales ont été lancées tentant de contrer l'épanouissement de cette contre-culture<sup>7</sup>.

Contre-culture, sous-culture, le comportement anorexique n'en est pas moins élitiste. S'engager volontairement dans cette forme de comportement n'est pas donné à tous. Par ailleurs, l'adoption et le rejet de certains aliments relèvent d'un certain statut social. Ainsi, en privilégiant les poissons, les légumes frais, les produits raffinés et en rejetant les aliments gras et lourds, panifications,

---

<sup>6</sup> Apparu au tournant des années 2000 aux États-Unis, le mouvement pro-ana, soutient que le comportement anorexique est un mode de vie et non une maladie. Le mouvement pro-mia, quant à lui, soutient les boulimiques dans les mêmes desseins que le mouvement pro-ana. Sur les forums, les adeptes pro-ana et pro-mia trouvent un lieu de reconnaissance où elles s'encouragent mutuellement à persévérer dans leurs comportements.

<sup>7</sup> En France, le 26 février 2007, à la douzième législature de l'Assemblée nationale, a été déposée une proposition de François Vannson visant à interdire les sites internet faisant l'apologie de l'anorexie. Le 3 avril 2008, Valérie Boyer dépose à l'Assemblée nationale française, sous le n° 781, une proposition de loi visant à combattre l'incitation à l'anorexie.

Au Royaume-Uni, le 3 février 2009, le parlement britannique a reçu sous le N° EDM 659 une proposition visant le contrôle des sites dédiés aux comportements anorexiques (cité dans Casilli, 2013). Aucune de ces tentatives législatives n'a été acceptée.

charcuteries, produits industrialisés, jugés triviaux ces personnes rejoignent les considérations alimentaires des classes dominantes. Il en est ainsi pour l'ensemble de leur habitus incluant les activités de loisirs et de sport, l'habillement, et les goûts alimentaires (Dion, Hussein et Prodolliet, 2011).

### 1.5 Les données épidémiologiques

Deux des indices les plus importants utilisés en épidémiologie sont la prévalence et l'incidence. La prévalence d'un trouble ou d'une maladie est le rapport du nombre de cas d'une maladie à l'ensemble d'une population. Elle est évaluée à un moment ou pendant une période donnée et sans distinction entre les nouveaux cas et les anciens (Larousse, 2004). Ainsi, le taux de prévalence au sein d'une population s'exprimera sous la forme d'un pourcentage et concernera une année en particulier. L'indice tiendra compte de toutes les personnes ayant vécu un épisode du trouble étudié, à n'importe quel moment de l'année, même si elle n'en souffre plus au moment de l'enquête. L'incidence, quant à elle, reflète le « nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, pendant un temps donné » (*Ibid.*). Le taux s'établit dans une relation d'un cas pour 100 000 personnes.

L'épidémiologie s'intéresse aux « troubles des conduites alimentaires » depuis au moins trente ans et, depuis ce temps, un nombre impressionnant<sup>8</sup> d'études ont été produites dans le monde et surtout en Occident. Michel Vassière (2004), qui a examiné bon nombre de ces études, a fait ressortir un nombre important de biais. Dans la plupart des cas, ceux-ci étaient dus à la diversité des populations étudiées et à la méthodologie employée. À propos des méthodes employées pour la récolte des données, l'auteur a remarqué que les études utilisaient trois formes de collectes : par

---

<sup>8</sup> Michel Vassière, dans une thèse de doctorat en médecine (2004), a évalué à plus de cent le nombre d'études épidémiologiques effectuées à travers le monde à propos des troubles du comportement alimentaire.

compilation des cas à partir des registres des hospitalisations, par administration d'auto-questionnaire et/ou par entretien diagnostique. Une observation des résultats obtenus avec la première méthode révèle que les patients qui souffrent de « troubles alimentaires » et qui sont hospitalisés ailleurs qu'en psychiatrie ne sont pas comptabilisés. Par ailleurs, cette méthodologie ne « tient pas compte des changements démographiques, de l'évolution des connaissances et des stratégies de prise en charge » (*Ibid.*, p.65). Quant aux méthodes d'auto-questionnaire et d'entretien diagnostique, elles s'adressent à une population ciblée qui est généralement à risque et susceptible de développer ce genre de problématique, ce qui fait que les résultats obtenus avec ces méthodes ne peuvent être extrapolés à l'ensemble de la population.

Dans sa revue des différentes recherches épidémiologiques, Vassière distingue trois périodes historiques : avant 1970, de 1980 à 1990 et de 1990 à 2000. Nous reprenons ici l'essentiel de ses propos concernant ces trois périodes.

#### 1.5.1 La période précédant les années 1970

Avant les années 1970, le trouble boulimique n'était pas pris en compte comme trouble psychiatrique et ce n'est qu'à partir des années 1980 qu'il a fait partie des nosographies officielles. Il n'y a donc pas de données pour ce trouble au cours de cette période. En ce qui concerne l'anorexie, nous présentons dans le tableau 1, *Incidence annuelle de l'anorexie mentale*, une synthèse des données épidémiologiques présentées par Michel Vassière concernant l'incidence de cette affection avant les années 1970. Une première observation de ces résultats révèle l'importante inflation des cas qui se seraient multipliés par dix entre 1956 et 1982. Cette forte progression de l'incidence serait attribuable à l'amélioration des connaissances médicales depuis l'après-guerre, à l'intérêt des médias pour l'anorexie, et à l'augmentation de la population à risque (*age effect*) + (*cohort effect*), plutôt qu'à une réelle augmentation des cas d'anorexie mentale (*Ibid.*).



Tableau 1.1 Incidence annuelle de l'anorexie mentale

	Période	Incidence annuelle AM Femmes de 12 à 25 ans/ 100 000
Willi et al. (CH, 1983)	1956-1958	3,98
	1963-1935	6,79
	1973-1975	16,76
Szmukler et al. (UK, 1986)	1978-1982	30

### 1.5.2 La période des années 1980 à 1990

Durant cette période, et probablement suite à l'intérêt grandissant des médias pour la problématique des « troubles alimentaires », Vassière remarque une explosion des études sur ces dysfonctions. Ce sont alors les études à auto-questionnaire auprès des populations estudiantines de niveaux secondaire et universitaire qui gagnent en popularité. Ce qu'il y a de remarquable à propos de ces études, c'est que la prévalence semble augmenter avec l'utilisation des critères du DSM-III par rapport à ceux du DSM-II-TR, et semble diminuer lorsque l'auto-questionnaire est précédé d'un entretien diagnostique. Les modifications apportées lors de la réédition des nosographies et l'utilisation par les chercheurs de différents critères diagnostiques entretiennent une confusion dans les résultats et entre les syndromes anorexique et boulimique. À cet effet Ornstein (2013) signale qu'il est essentiel de tenir compte de l'évolution des descriptions nosographiques concernant les troubles alimentaires, car celles-ci viennent considérablement faire varier les taux de prévalences.

C'est également au cours de la décennie 1980-1990 que se sont développés de nouveaux outils de dépistage comme le questionnaire *Eating Attitude Test* (EAT) et qu'ont été pris en compte, lors des différentes études, les syndromes alimentaires atypiques. Lors de cette période, une importante étude est menée aux États-Unis dans le Minnesota par Lucas (1988, cité dans Vassière, 2004) avec la méthodologie des registres hospitaliers. Fait notable, cette étude tient compte de l'ensemble des spécialités et de la description précise de la démographie régionale de Rochester

dans le Minnesota, ce qui permet d'extrapoler les résultats à l'ensemble des États-Unis. Hoek et ses collaborateurs (2003) se démarquent aussi avec une étude réalisée aux Pays-Bas auprès de 150 000 sujets recensés à travers 58 cabinets de généralistes. Cette étude ramène à la baisse la prévalence de la boulimie par rapport aux études par questionnaires. Vassière (2004) fait remarquer que cette baisse des résultats serait due au fait que les personnes vivant des épisodes boulimiques ne consultent pas pour ce genre de problèmes, en raison du caractère honteux de ce comportement. Il est de plus difficile, pour le clinicien, de suspecter le trouble, étant donné que les personnes vivant ce désordre sont souvent de poids normal.

### 1.5.3 La période des années 1990 à 2000

Au cours de la période s'échelonnant entre les années 1990 et 2000, les études rétrospectives concernant les données hospitalières sont les plus fréquentes. L'évolution de l'incidence de l'anorexie, remarquée pour cette période, est attribuée à l'amélioration des instruments de mesure et par la mise en évidence du caractère transitoire des comportements anorexiques. Les symptômes anorexiques et boulimiques se développant et se résorbant spontanément sous l'influence des pressions socioculturelles. Ainsi, l'incidence de l'anorexie pour les vingt dernières années montrerait une stabilité du trouble au sein de la population (*Ibid.*).

En ce qui a trait au syndrome boulimique, l'augmentation des cas depuis les années 1970 serait attribuable, selon Flament (1995, cité dans Vassière, 2004), à la circulation de l'information au sein de la population. Les cliniciens, plus sensibilisés à ce syndrome, auraient tendance à découvrir plus de cas, et l'information et la pression sociale pousseraient plus de gens à se découvrir une « maladie » et à consulter.

L'étude de Hoek et Van Hoeken (2003), après une mise à jour de plusieurs revues de littératures effectuée depuis 1985, conclut aux résultats suivants : chez les jeunes

femmes, la prévalence de l'anorexie est de 0,3 % et de 1 % pour la boulimie ; chez les jeunes hommes, la prévalence de la boulimie est de 0,1 % ; dans la population générale, l'incidence de l'anorexie est de 8 cas pour 100 000 personnes et de 12 cas pour 100 000 personnes pour la boulimie. Nous résumons au tableau 2, *Prévalence et incidence des « troubles alimentaires »*, les principaux résultats concernant l'incidence et la prévalence de l'anorexie et de la boulimie parmi les hommes et les femmes au début des années 2000.

Tableau 1.2 Prévalence et incidence des «troubles alimentaires»

	ANOREXIE				BOULIMIE			
	Incidence		Prévalence		Incidence		Prévalence	
	FEMME /100,000	HOMME /100,000	FEMME /100	HOMME /100	FEMME /100,000	HOMME /100,000	FEMME /100	HOMME /100
Revue de Devaux et al 1995	1 20-30						2 à 5	
Revue de Hoek et Van Hoeken 2003	8		0,3		12		1	0,1
DSM-IV-TR 2003			0,5    0,05				1 à 3	0,1 à 0,3
Conclusion Vassière 2004	1		1				1 à 2	

Nous retenons de cette avalanche de chiffres que cette « pathologie » apparaît au cours de l'adolescence et touche essentiellement des jeunes femmes. Des pics populationnels peuvent être observés vers l'âge de 14 et 18 ans, l'âge moyen se situant entre 20 et 24 ans. Par ailleurs, le « trouble » semble évoluer d'une forme restrictive vers une forme boulimique dans plus de 50 % des cas (Moreau & Lesquelen, 2003, cités dans Brouwer, Mirable-Sarron et Pham-Scottez, 2009, p. 139-140). L'incidence de l'anorexie, dans sa description stricte, n'ayant pas augmenté depuis les deux dernières décennies, il faut se montrer prudent avant de parler de fléau ou d'épidémie, ou même de problème de santé publique.

En ce qui a trait à la boulimie, elle serait dix fois plus fréquente que l'anorexie mentale. Sa prévalence serait sous-estimée dans les différentes études étant donné le



caractère honteux de ce trouble (*Ibid.*). Dans la majorité des cas (74,5 %), les comportements boulimiques s'accompagnent de vomissement ou de prise de laxatifs. L'âge moyen du début de ces troubles est de 18,4 ans avec un pic à 17/18 ans (Flament et Jeammet, 2002, cités dans Brouwer, Mirable-Sarron et Pham-Scottez, 2009, p. 139-140). Par ailleurs, même si l'incidence des troubles alimentaires n'a pas augmenté depuis 1970, il faut souligner que la population des jeunes femmes de 15 à 35 ans est probablement plus vulnérable aujourd'hui que par le passé. Cette vulnérabilité serait exacerbée par les changements d'attitude à l'égard de la santé et du corps et entraînerait plus de jeunes femmes à développer des comportements restrictifs, comme des formes mixtes d'anorexie-boulimie et des troubles atypiques comme le grignotage, le *craving* et les compulsions alimentaires.

Il faut noter que ces différents « troubles » sont plus difficilement repérables étant donné que les personnes ne consultent que lorsqu'ils sont envahis par la souffrance (Vassière, 2004).

À propos de la population à risque, Brouwer (2009) fait remarquer qu'elle apparaît élevée dans les sociétés occidentales et industrialisées notamment dans les milieux sociaux moyens et aisés, mais qu'aucun milieu social n'est épargné. Certains groupes sociaux sont aussi considérés plus à risque, comme les sportifs de haut niveau, les danseurs et les mannequins. Dans ces groupes où la compétition, l'exigence de minceur, le stress et l'entraînement physique intensif sont combinés, il est remarqué une prévalence des troubles alimentaires supérieure à celle qui est observée dans la population en général (*Ibid.*, p.139-140).

Géographiquement, les troubles alimentaires se retrouvent principalement aux États-Unis, au Canada et dans certaines parties de l'Europe. Sont aussi touchées les populations de l'Australie, de la Nouvelle-Zélande et de l'Afrique du Sud (APA, 2000, cité dans Gremillion, 2003). La problématique se retrouve aussi dans d'autres pays, mais avec une plus faible incidence, et surtout dans ceux où se développe



l'économie capitaliste. Ce qui fait dire à Helen Gremillon « qu'il y a de fortes évidences qui démontrent que le phénomène, aujourd'hui considéré comme de l'anorexie, est unique aux sociétés industrialisées contemporaines » (Gremillon, 2003, p.5).

#### 1.6 Travail social et approche biomédicale

La création des ressources privées et institutionnelles dédiées au traitement des dysfonctions alimentaires est assez récente dans l'histoire du Québec. Lorsque la personne ou les proches se tournent vers le système institutionnalisé de soin, trois voies d'accès s'offrent à eux. Le secteur public, le secteur privé et la combinaison privé/public. Par exemple, à Montréal, l'hôpital Douglas offre des services psychiatriques au programme des troubles alimentaire depuis 1986. Quant à l'hôpital Sainte-Justine, il a inauguré son département de médecine de l'adolescence en 1975, et ce n'est que plusieurs années plus tard qu'ont été offerts des services spécialisés aux enfants et adolescents vivant des dysfonctions alimentaires. À Québec, le centre hospitalier universitaire (CHUQ) offre depuis 1999 un programme complet spécialisé dans le domaine des troubles alimentaires. Du côté de l'entreprise privée, la maison l'Éclaircie est une ressource communautaire de la région de Québec qui a ouvert ses portes en 1997 et qui offre aide et soutien aux personnes vivant une problématique alimentaire. La clinique Saint-Amour, située sur la rive sud du St-Laurent, tout près de la ville de Québec, offre ses services thérapeutiques spécialisés depuis 1994. Plus récemment, des cliniques alimentaires<sup>9</sup> regroupant les services de nutritionnistes, de psychologues, de psychoéducatrices et

---

<sup>9</sup> Sur le web il est maintenant possible de trouver plusieurs cliniques spécialisées dans le traitement des troubles alimentaire : La clinique Bacca <http://cliniquebaca.com/fr/> ; La clinique Mula, <http://muula.ca/?gclid=CPytyqmR170CFYdFMgodBngALA> ; La clinique psychoalimentaire, <http://psychoalimentaire.com/> ; la clinique alimentation, [www.cliniquealimentation.com/](http://www.cliniquealimentation.com/) et la clinique <http://kilosolution.com/psychologues-troubles-alimentaires/>.

de kinésiologue ont vu le jour et offrent des services variés aux personnes vivant de l'inconfort avec leurs comportements alimentaires.

Le système de santé publique en santé mentale au Québec se présente sous trois niveaux appelés « lignes ». Ce qui départage ces niveaux, c'est le degré de spécialisation des intervenants et des soins prodigués ainsi que l'intensité et la durée du suivi nécessaire au rétablissement. La porte d'entrée du système public se faisant en première ligne, c'est à ce niveau que sont évaluées la gravité du trouble et les conditions de santé métabolique de la personne au moment de son inscription. Ces conditions déterminent l'accès plus ou moins rapide à des traitements. Les programmes thérapeutiques sont alors proposés selon certaines modalités logistiques et temporelles<sup>10</sup>. C'est après une première évaluation de la personne que l'hospitalisation est considérée. Celle-ci a lieu dans les cas où la personne présente un état grave de dénutrition et une instabilité des signes vitaux<sup>11</sup> suite à la pratique des restrictions alimentaires.

La plupart des équipes thérapeutiques œuvrant et intervenant dans les milieux dédiés au traitement des troubles alimentaires, institutionnels, privés et communautaires se composent de médecins, d'infirmières, de nutritionnistes, de psychologues, et de travailleuses sociales. Chacune de ces professionnelles apporte avec elle son bagage théorique dans l'interprétation du « trouble de santé mentale ».

---

<sup>10</sup> Les milieux institutionnels offrent des services de consultation externe, des programmes de jour, d'hôpital de jour ou d'hospitalisation. Les milieux privés et les organismes à but non lucratif offrent des entrevues cliniques et du suivi intensif avec ou sans hébergement. Dans les deux cas, les programmes curatifs offerts varient dans le temps et s'échelonnent sur une période qui varie de 12 à 16 semaines (Douglas, 2012 ; L'Éclaircie, 2010 ; Lynch, 2001 ; St-Amour, 2012).

<sup>11</sup> Ces indices sont identifiés grâce à l'indice de masse corporelle (IMC) de la personne comparée à des tables statistiques qui tiennent compte de l'âge et du sexe et, par ailleurs, par la faiblesse du pouls ou de son irrégularité causée par la dénutrition, l'excès d'exercice ou l'abus des laxatifs et des vomissements.

Plus spécifiquement, la discipline du travail social utilise plusieurs outils conceptuels qu'elle puise dans différentes disciplines dont la psychologie sociale, les sciences politiques, l'anthropologie, la linguistique, la sociologie et la philosophie (Pascal, 2005, cité dans Bilodeau, 2005, p.119) afin d'interpréter et de comprendre les différentes situations de vie et les problématiques sociales. La base de l'approche en travail social est donc un amalgame de plusieurs théories des sciences humaines. L'adhésion de l'intervenante à une ou plusieurs théories interprétatives aura une influence sur l'adoption des modalités de l'intervention, soit les méthodes et les moyens. Ces modalités pourront par la suite s'appliquer autant au niveau microsocial (à l'individu) que macrosocial (à la société).

Ainsi, méthodes et approches constituent le savoir-faire technique des travailleuses sociales (Bilodeau, 2005, p.118). Lorsque la travailleuse sociale œuvre auprès des individus, elle utilise pour intervenir une méthode qui est l'objet de plusieurs appellations : « service social personnel, intervention sociale individualisée, aide psychosociale, intervention sociale d'aide à la personne » (*Ibid.*, p.119). Cette méthode individualisée a pour particularité de rechercher les causes des désordres et des dysfonctionnements humains dans le creuset social et non seulement dans la personnalité et la biologie de l'individu. La démarche proposée à « l'aidé » vise alors, tout en considérant pleinement les mécanismes psychologiques et les éléments environnementaux, à permettre à la personne de retrouver un ajustement équilibré et réciproque avec son environnement (*Ibid.*, p.123). Michèle Bourgon explique ainsi les objectifs de l'intervention individuelle en travail social :

« [Celle-ci] vise, d'une part, à accompagner une personne dans ses souffrances afin qu'elle puisse leur donner un sens et, d'autre part, à l'aider à obtenir le plus grand nombre de ressources possible afin qu'elle puisse participer activement à son devenir individuel et au devenir collectif de la société en tant qu'actrice sociale » (Bourgon, 2007, cité dans Thibault, 2011, p.11).

Cette méthode d'intervention individualisée se réalise, nous l'avons vu précédemment, à partir de plusieurs approches issues des théories psychologiques et



sociales. Ces champs théoriques étant très vastes, il est quasi impossible pour l'intervenante de maîtriser toutes ces approches. Elle adhèrera, idéalement selon ses convictions, à une démarche théorique plutôt qu'à une autre, mais elle devra privilégier celle qui parvient à lever les résistances de la personne (Bilodeau, 2005, p.180).

Au Québec, les « troubles des conduites alimentaires » sont principalement considérés comme des troubles de santé mentale. Les théories servant à comprendre et à expliquer ces « troubles mentaux » relèvent des paradigmes biomédical et biopsychosocial mis de l'avant par la psychiatrie. Ainsi, tous les organismes institutionnels et privés qui offrent des services curatifs aux personnes vivant des troubles alimentaires adhèrent au cadre conceptuel officiel de la médecine psychiatrique pour qui les « troubles alimentaires » émergeraient de la conjoncture biopsychosociale et seraient dus à des perturbations liées à des vulnérabilités biologiques, à des prédispositions psychologiques et à des influences sociales (Halmi, 2000, p.12).

Concernant les interventions auprès des personnes vivant un désordre important du comportement alimentaire, la première tâche du personnel soignant est alors de s'occuper du « corps malade » en mettant l'accent sur la nourriture, les calories et le poids avec des mesures plus ou moins coercitives selon le cas, et ce jusqu'au rétablissement d'un poids jugé médicalement acceptable. L'accent est par la suite mis sur la modification du comportement problématique grâce à des thérapies de type behaviorales, psychoéducatives, psychothérapeutiques et pharmacologiques. Celles-ci peuvent être dispensées, individuellement, en famille ou en groupe. Ces traitements sont soutenus par différentes approches : cognitivo-comportementales, motivationnelles, psychodynamiques, systémiques, pharmacologiques et nutritionnelles (Petitpas et Jean, 2011 ; Douglas, 2012).



Dans la conjoncture actuelle, il est possible de faire l'hypothèse que la travailleuse sociale œuvrant en milieu hospitalier se retrouve face à plusieurs enjeux liés à ses valeurs et à son identité professionnelle. Par exemple, Béliveau et Hébert (1996, p.12) font remarquer que les travailleuses sociales qui interviennent au sein d'une institution sont généralement sous l'autorité administrative d'un directeur clinique ou d'un chef de service issu d'une discipline autre que celle du travail social, et qu'elles auront à défendre les aspects sociaux des problématiques abordées par l'organisme. Étant donné que le travail d'équipe est souvent influencé par le modèle biomédical, l'intervenante sociale, membre de cette équipe, peut avoir tendance à s'identifier uniquement aux valeurs médicales et aux sciences de la santé, et ainsi perdre une partie de son identification professionnelle au travail social. Cette situation est un enjeu majeur pour la travailleuse sociale, car il s'avère que la pratique institutionnelle de la psychiatrie occulte plus ou moins la partie psychosociale du paradigme biopsychosocial faisant place au courant organiciste. Selon cette vision, l'origine des troubles mentaux relèverait exclusivement de perturbation biologique et/ou génétique. Ainsi, l'aspect psychosocial des interventions thérapeutiques proposées en psychiatrie ne servirait qu'à permettre ou faciliter le traitement pharmacologique (Dutrénit, 1977, p.303 ; Borgeat et Stravynski, 1985, p.75 ; Gauthier, 2009, p.169).

Par ailleurs, une recherche de Lechman et Duder (2006, cités dans Berthiaume, 2009, p.54) effectuée dans des hôpitaux montréalais met en évidence l'ampleur des problèmes psychosociaux et leur impact sur la durée de séjour des patients. En outre, dans un contexte de médicalisation des problèmes sociaux où il est de plus en plus important de mettre en évidence l'interaction des éléments biologiques et sociaux, la travailleuse sociale devrait, selon Berthiaume, « être en mesure de déterminer en quoi les sous-systèmes biologiques, psychologiques, sociaux et environnementaux s'influencent et sont déterminants dans la façon dont les individus composent avec leur environnement et au sein de celui-ci » (Berthiaume,

2009, p.54). Se révèlent ici des enjeux relatifs à la formation des travailleuses sociales en milieu psychiatrique et hospitalier ainsi qu'à la spécialisation des pratiques en travail social.

Au Québec, le système de soins est financé en totalité par l'État. Les administrateurs des établissements de santé, devant répondre à des objectifs de plus en plus rigoureux de contrôle des coûts, exercent une pression constante sur la réduction des durées de séjour à l'hôpital et sur la « productivité » des interventions. Ce principe répond essentiellement à l'aspect quantitatif de l'intervention et a une incidence sur le choix de l'approche à privilégier. La professionnelle intervenante doit pouvoir justifier le choix de son approche en faisant la démonstration de son efficacité et de sa scientificité auprès de l'institution et de la clientèle. Cette logique managériale fait malheureusement fi des dimensions fondamentales de l'être humain et ne permet pas de dégager l'espace temporel nécessaire afin qu'il puisse retrouver adéquatement son pouvoir d'agir (Chénard et Grenier, 2012, p.19). Dans ces circonstances, la singularité des personnes et des situations est occultée au profit du symptôme et du comportement à réguler (*Ibid.*, p.23). Pour Berthiaume (2009), cette situation d'« industrialisation » de l'intervention qui tente de mettre de l'avant des réponses et des solutions simplistes face à « des problèmes humains complexes » s'éloigne nécessairement des valeurs et du fondement idéologique du travail social (*Ibid.*, p.32).

Nous pouvons dès lors faire quelques constats à propos du système de soin et de l'intervention en travail social. D'une part, dans notre société legaliste le discours scientifique, de par sa nature objective et rationnelle, occupe une place spécifique et privilégiée dans l'ordre social. La médecine professionnelle étant la détentrice de ce savoir objectif, c'est à elle qu'est dévolue la responsabilité d'organiser les soins en santé mentale (Berheim, 2011, p.230). Pour la médecine psychiatrique, les troubles alimentaires sont des entités pathologiques qui nécessitent l'intervention de



professionnels hautement qualifiés. Ce discours légal et scientifique a aussi une forte incidence sur l'offre de soins. Ainsi, les milieux communautaires offrant de l'aide aux personnes vivant des désordres mentaux, tributaires financièrement des organismes étatiques, doivent offrir des services cautionnés par la médecine et l'État (Corin, Poirel et Rodriguez, 2011, p.7). Par ailleurs, dans notre société de droit, nul ne peut s'improviser spécialiste de l'aide ou usurper un titre professionnel, ce qui fait que certains actes curatifs ne peuvent être prodigués que par une élite dûment accréditée. Exercer la thérapie, ou offrir une aide professionnelle exige l'acquisition de connaissances, d'un savoir, d'un discours reconnu par la science et l'État. Les travailleuses sociales, comme professionnelles accréditées, ont bénéficié d'une formation pluridisciplinaire avec un accent prononcé sur les théories des sciences humaines et très peu d'emphasis sur les aspects biologiques de l'être humain. Ce cursus les démarque des autres professionnels de la santé mentale. Ainsi, la travailleuse sociale œuvrant en contexte psychiatrique est confrontée à une équipe professionnelle multidisciplinaire qui adhère aux préceptes organicistes. Pour s'adapter à ce groupe, elle doit donc jongler avec un ensemble représentationnel puisé au sein de son groupe d'appartenance, de son groupe professionnel et du contexte organisationnel.

### 1.7 Objectifs et question de recherche

Notre problématique de recherche a été élaborée en deux volets. D'une part, le contexte de médicalisation des comportements qui « pathologise » l'acte alimentaire et d'autre part l'intervention sociale, en l'occurrence celle de la travailleuse sociale auprès des personnes vivant des désordres comportementaux reliés à l'alimentation.

Nous organiserons donc notre recherche autour de cette question : dans un contexte de médicalisation des comportements, quelles sont les représentations sociales de la travailleuse sociale à propos de l'étiologie des comportements alimentaires, et



quelle est la spécificité de son intervention dans ce contexte?» Conséquemment, notre sous-question de recherche sera de comprendre comment la travailleuse sociale se positionne comme intervenante professionnelle dans cet univers médicalisé et comment les représentations sociales interviennent ou interagissent dans sa prise de position envers l'aidé et l'institution.

Par ailleurs, nous souhaitons, à travers notre recherche, mieux comprendre comment s'élaborent les représentations sociales des « troubles alimentaires » chez les travailleuses sociales. Nous questionnerons donc les motivations qui les ont amenées vers cette profession, leur parcours académique et professionnel. Avec quelles théories ou idéologies s'expliquent-elles les « troubles alimentaires » ? Est-ce que les informations et instructions reçues lors des différentes formations et interactions au sein du groupe professionnel se sont ajoutées, juxtaposées ou au contraire ont écrasé le savoir collectif préalablement acquis au sein de notre collectivité ? Quelle est l'opinion des travailleuses sociales sur les notions de « trouble en santé mentale » et de « trouble alimentaire » ? Comment comprennent-elles ce qui cause la souffrance chez ces personnes ? Quelles sont les approches qu'elles privilégient en intervention ?

### 1.8 La pertinence sociale et scientifique de la recherche

Peu d'études se sont penchées à ce jour sur les particularités de l'intervention de la travailleuse sociale dans un contexte de « trouble alimentaire » et ont spécifiquement exploré l'interaction travailleuse sociale/client.

Nous pensons que notre étude pourra être un point de départ, un tremplin pour une recherche plus exhaustive sur les représentations sociales des intervenantes sociales. Nous souhaitons aussi convier la population, les institutions publiques et privées, et l'ensemble des professionnels de la santé mentale à une prise de conscience, une réflexion sur la genèse des « troubles alimentaires » ainsi que sur les déterminants

sociaux des comportements, et plus particulièrement des comportements alimentaires. Même si notre étude ne sera qu'une exploration partielle, nous considérons qu'elle pourra être utile pour l'avancement des connaissances et une meilleure compréhension du phénomène étudié, et de ce fait, apporter des bénéfices à la société ainsi qu'à ceux qui participent directement à ce projet en améliorant la compréhension d'une problématique de plus en plus préoccupante. Par ailleurs, étant donné que les représentations sociales prennent racine au sein du collectif, par l'intermédiaire des expériences, des interactions, de la diffusion médiatique, en connaître le contenu nous donne une vision de la manière dont le travail social, et à travers elle la société, perçoit le trouble alimentaire. De plus, l'étude des représentations sociales revêt une importance particulière, autant pour le soignant que pour la personne à la recherche de bien-être car améliorant chez les intervenantes la compréhension de la problématique, cela permet l'amélioration de la communication avec le soigné. À cet égard Tsouyopoulos (1994, p.269) rappelle que soignants et soignés ont une vision respective des notions de trouble et de maladie, étant donné qu'ils puisent leurs informations au sein de leur groupe d'appartenance respectif. Le succès à long terme de l'intervention réside en partie dans l'arrimage de ces visions particulières : travailleuses sociales – client. Il est donc important de tenter de les mettre au jour et de les arrimer (Herman, 1998, p.61). Par ailleurs, plus le patient et le thérapeute partagent les mêmes vues, les mêmes idées à propos de l'étiologie du trouble vécu, plus le patient démontrera de la satisfaction à l'égard du thérapeute et de son approche (Atkinson *et al.*, 1991, p.264).





## CHAPITRE II

### LES DIMENSIONS THÉORIQUES

S'alimenter est sans contredit un phénomène social et culturel et, dans cette optique, il nous semble pertinent d'utiliser les lunettes du constructionnisme social pour analyser les résultats de notre cueillette de données. Pour le constructionnisme social, les problèmes psychosociaux n'existent pas en tant que tels, mais s'élaborent à travers le discours, les valeurs et les normes culturelles (Turner, 1996c, p.157). Pour appréhender les normes, les valeurs, les théories et l'idéologie adoptées par les travailleuses sociales concernant les « troubles alimentaires » et l'intervention, nous avons choisi d'examiner leurs représentations sociales de ces notions. Cette approche empruntée au courant européen de la psychologie sociale met l'accent sur les aspects sociaux des cognitions, en se préoccupant du savoir de sens commun, des opinions, des attitudes et des stéréotypes. Elle permet en outre d'étudier comment les individus, et plus particulièrement les travailleuses sociales rencontrées, donnent un sens à l'acte alimentaire dans la vie de tous les jours et comment les contextes socioculturels et historiques viennent influencer leurs opinions et leurs actions (Joffe, 2002). Nous nous intéressons particulièrement au caractère construit des représentations sociales, avec en tête cette réflexion à propos de ce qui fonde le « normal » et le « naturel » dans notre société. Et c'est à travers ce questionnement que l'aspect sociologique du constructionnisme rejoint la psychologie sociale et les représentations sociales.

Nous nous emploierons, dans les prochaines pages, à clarifier ce que nous entendons par constructionnisme social avant d'entamer la description du concept de représentation sociale.

## 2.1 Le constructionnisme social

Souhaitant définir notre position et ce que nous entendions par constructionnisme social, nous nous sommes penchés sur les publications traitant de ce concept. Nous avons alors été confrontés à une multitude d'utilisations et de définitions. Il appert que la métaphore de la construction est aujourd'hui très populaire et largement utilisée par les chercheurs de plusieurs disciplines (Kwan et Tsang, 2001, p.1168 ; Mucchielli, 2004, p.17 ; Faucher, Poirier et Lachapelle, 2006 ; Nguyễn-Duy et Luckerhoff, 2007, p.5 ; Harris, 2008, p.232) : elle est employée pour expliquer différents phénomènes sociaux tels l'enfance, les émotions, le sexe, l'amour, la délinquance, etc. (Dortier, 2008, p.111). Une certaine confusion terminologique règne dans l'utilisation des termes relatifs à la construction. Il nous est donc apparu essentiel de prendre le temps de bien camper notre posture théorique, ainsi que le cadre épistémologique dans lequel nous allons développer notre recherche.

### 2.1.1 Un concept difficile à cerner

Certains auteurs (Lynch, 2001 ; Keucheyan, 2007) prétendent que toute tentative définitionnelle du concept constructiviste est vouée à l'échec. Ils spécifient le caractère protéiforme du concept, ce qui le rend difficile à saisir, et ils préviennent du danger de le figer dans une doctrine. Ils proposent donc de caractériser les différentes approches constructivistes selon le concept de « ressemblance de famille » développé par Wittgenstein. Selon cette approche, les différentes facettes du constructivisme seraient apparentées et partageraient des affinités, un air commun, sans que l'on puisse établir l'élément qui les rassemble tous, comme cela est le cas pour les membres d'une même famille (Wittgenstein, 1961, p.148). Un élément de cet air de famille qui relierait tous ces « istes » issus d'univers intellectuels différents serait cette remise en question du concept de réalité, de ce qui est considéré par tous comme naturel. C'est à partir de l'idée selon laquelle les

choses ne seraient pas ce qu'elles semblent être qu'émergerait cette remise en question de ce qui semble normal (Hacking, 2001, p.74).

Selon Ian Hacking, trois conditions sont essentielles pour parler de construction à propos d'un objet social :

- a) l'objet de la construction n'est pas déterminé par la nature des choses, et donc, aurait pu être évité ;
- b) l'objet construit, tel qu'il existe aujourd'hui, est considéré comme médiocre ;
- c) cela irait mieux si l'on pouvait se débarrasser de cet objet, ou à tout le moins, le transformer radicalement.

Par ailleurs, les constructivistes font le constat que l'existence de l'objet construit socialement passe communément pour être inévitable et même naturel (clause a). C'est ce constat qui les pousse à faire la démonstration du caractère construit des objets sociaux et à s'opposer à toute thèse naturaliste.

### 2.1.2 Définir le constructionnisme

Au chapitre deux de son ouvrage, *Entre science et réalité. La construction sociale de quoi ?*, Hacking (2001) établit une distinction entre les différentes approches constructionnalistes, constructivistes, constructionnistes. En ce qui a trait au constructionnisme social, Hacking soutient que cette approche se distingue par le fait qu'elle s'intéresse plus particulièrement au caractère historique des objets sociaux, et qu'elle tente de démontrer que leur existence actuelle est tributaire de cette dimension historique. Le constructionnisme social, dans l'étude des objets sociaux, met donc l'emphasis sur le processus qui en a permis l'élaboration à travers



les époques, afin de remettre en cause la vision actuelle de la réalité (Hacking, 2001, p.74).

Jennifer Church (2004), qui s'est intéressée à l'aspect constructionniste des désordres mentaux, spécifie qu'une construction sociale est la résultante de conditions sociales qui en permettent l'émergence. Un premier type de conditions permet l'élaboration d'une nouvelle entité à partir d'éléments disparates, auparavant séparés, et qui se retrouvent rassemblés dans la formation d'une nouvelle entité (*Ibid.*, p. 395). Par exemple, le refus de manger, les tendances au perfectionnisme, la distorsion de l'image corporelle, et le retard psychosexuel ont été réunis pour former l'entité « *anorexia nervosa* » (*Ibid.*). Un autre type de conditions est lié aux croyances en circulation dans la société. Ainsi, des comportements et des expériences sont réunis et rattachés, par l'effet de la croyance, à une entité conceptuelle. Par exemple, des comportements et des expériences comme la perturbation de l'identité, les comportements de manipulation, l'instabilité émotionnelle et l'automutilation sont rassemblés et expliqués comme manifestations d'une forme d'affection appelée « trouble de personnalité limite ».

Pour le philosophe Luc Faucher (2006), le constructionnisme social « met l'accent sur le rôle des conditions sociétales dans la construction des phénomènes étudiés (races, genres sexuels, émotions), par opposition aux croyances et désirs individuels, d'une part, et aux forces physiques ou biologiques, d'autre part » (*Ibid.*, p. 149). Le constructionnisme social se caractérise donc par le scepticisme et l'antiréalisme qu'il entretient envers les objets sociaux (*Ibid.*, p.150). Voyons plus en détail comment Faucher présente ces particularités liées au scepticisme et à la profondeur.

### 2.1.3 Un premier axe : l'ampleur et l'étendue du scepticisme

#### 2.1.3.1 Le scepticisme global (SG)

La première caractéristique du constructionnisme proposée par Faucher est « le scepticisme global » (SG). Pour qui adhère à cette forme de scepticisme, le concept de « maladie mentale » n'a pas de fondement objectif. Il s'agit d'une croyance dans le fait que la maladie mentale est une forme de maladie physique. Thomas Szasz (1960, p.117) est un ardent défenseur de cette thèse. Pour Szasz, le danger d'adhérer à de telles croyances est de faire perdre de vue les causes réelles des comportements « pathologiques » et « indésirables », et de focaliser l'attention sur l'individu et son cerveau plutôt que d'en rechercher des causes dans l'environnement social. L'auteur souligne que l'adoption de cette posture permet en outre le contrôle social des perturbateurs sous le couvert de l'objectivité de la science. Les tenants du scepticisme global sont d'avis que les maladies mentales sont des rôles que l'on impose à un groupe social jugé déviant. Ces rôles finissent par s'internaliser et les déviants, par prophétie autoréalisatrice<sup>12</sup>, se conforment à ce que l'on attend d'eux. Cette conformité à la symptomatologie comportementale assure la stabilité de la « maladie mentale ». La « maladie mentale » est donc le reflet des normes et des attentes de la société envers ses déviants. Sans ces attentes et ces normes, la « maladie mentale » n'existerait pas. C'est pourquoi les partisans de cette forme de

---

<sup>12</sup> Nous faisons ici référence au concept théorique de la prophétie autoréalisatrice qu'a développé Robert King Merton, (*Éléments de théorie et de méthode sociologique*, 1965) à partir du théorème de la prédiction créatrice formulé par W. I. Thomas : « Quand les hommes considèrent certaines situations comme réelles, elles sont réelles dans leurs conséquences » (p.136). Pour Merton, ce théorème s'applique aux processus sociaux : « C'est, au début, une définition fausse de la situation qui provoque un comportement qui fait que cette définition initialement fausse devient vraie » (p.139). La théorie de Merton, l'interactionnisme symbolique et la théorie de l'étiquetage prennent racine sur le même terreau : « L'acte social d'étiqueter une personne comme déviante tend à altérer l'auto-conception de la personne stigmatisée par incorporation de cette identification » (Wells, « Theories of Deviance and the Self-Concept »).

constructionnisme ne croient pas que le concept de « maladie mentale » soit utile et pensent qu'il devrait tout simplement être éliminé (Faucher, Poirier et Lachapelle, 2006, p.151).

#### 2.1.3.2 Le scepticisme ponctuel (SP).

La deuxième caractéristique proposée par Faucher (2006, p.152) est celle du scepticisme ponctuel (SP). Cette forme de constructionnisme ne remet en question que certaines formes de « maladies mentales », celles considérées comme des « idiomes culturels locaux de détresse ». Hacking (2001) a décrit ces affections comme étant des « maladies mentales transitoires » et il les définit ainsi : « Elles apparaissent à un moment particulier de l'histoire dans certaines cultures, se développent et prospèrent pendant un certain temps, puis elles disparaissent » (*Ibid.*, p.141). Pour Hacking, les humains réagissent et se transforment selon les étiquettes qu'on leur accole. L'auteur précise que les représentations, qui constituent ces étiquettes, sont sous l'influence de vecteurs culturels. Si ces vecteurs se modifient ou disparaissent, les « troubles » qui en dépendent en viendraient à disparaître.

#### 2.1.4 Un deuxième axe : la profondeur de la construction

##### 2.1.4.1 Constructionnisme superficiel (CS) et profond (CSP)

Selon Faucher (2006), les constructionnistes sociaux défendent soit une forme superficielle, soit une forme profonde de la construction. La forme superficielle s'apparente à la théorie de l'étiquetage expliquant la délinquance comme le résultat d'un processus d'apprentissage social qui redéfinit l'identité sociale. Ces rôles appris ne sont pas essentiels à l'individu et ne font pas partie de sa nature. Szasz et Hacking rejoignent cette forme de constructionnisme social.

Les partisans du constructionnisme social profond (CSP) accordent aux facteurs sociaux et culturels, comme la signification de la maladie, les traitements offerts, le



processus de pathologisation, une importance prépondérante dans la constitution des maladies mentales (Eisenberg, 1988 cité dans Faucher, Poirier et Lachapelle, 2006, p.156). Par ailleurs, ils sont d'avis que les « maladies mentales » sont un assemblage des aspects biologiques, culturels et sociaux et que l'interaction de ces aspects contribue à la construction du trouble. Pour eux, la psychiatrie ne tient pas véritablement compte des facteurs culturels et met trop d'accent sur les facteurs biologiques : « Cette position idéologique [du constructionnisme social profond] remet en question l'idée d'une nosologie transculturelle. Cela implique que les nosologies sont liées à des cultures particulières » (*Ibid.*, p.156).

#### 2.1.5 La posture constructionniste, implication

Se prévaloir du constructionnisme social, c'est mettre l'accent sur la construction interprétative des réalités du monde social par les acteurs sociaux. L'adoption de cette approche par le chercheur amène non seulement la déconstruction du point de vue de l'autre, mais aussi de son propre point de vue. Le chercheur est partie prenante de la construction/déconstruction et il en est conscient (Poupart, 2011, p.90). En outre, adopter le paradigme constructionniste, c'est s'opposer au paradigme positiviste et à cette tendance, en sciences humaines et en psychologie, qui cherche à imiter les sciences de la nature en s'efforçant de produire des catégories « naturelles » (Hacking, 2001, p.149).

En adoptant l'approche du constructionnisme social, nous ne tenterons pas de réfuter des idées, ou d'en proposer de nouvelles, mais plutôt de les miner en exhibant leur historicité et la fonction qu'elles remplissent afin de leur faire perdre de leur efficacité pratique et de leur autorité (Hacking, 2001, p.38). Cette prise de conscience, concernant la construction de ce qui est prétendu comme ou de ce qui est considéré comme bien ou comme mal, fait plus que bouleverser nos croyances en la vérité. Cette prise de conscience permet de saper l'autorité du savoir et de la catégorisation, tout en remettant en question les hypothèses complaisantes sur ce

qui est considéré comme inéluctable, et ce autant dans nos découvertes que dans nos manières de faire les choses (Hacking, 2001, p.85 ; Gergen, 2005, p.53).

## 2.2 Les « représentations sociales »

Selon le dictionnaire Larousse (2004, p.993), le terme « représentation »<sup>13</sup> désigne « [l']action de représenter quelque chose au moyen d'une figure, d'un symbole, d'un signe ». Cette définition générale est susceptible de convenir à plusieurs champs disciplinaires. Pensons aux représentations du monde (les cartes géographiques, les cosmographies, les arts plastiques et picturaux), de la politique (représentant du peuple), de la justice (représentant du prévenu), du théâtre et du cinéma (Meyer, 2007, p.10). La notion de « représentation sociale » se présente, quant à elle, sous plusieurs facettes. Dans cette partie du chapitre, nous préciserons les trois principales : individuelle, collectives et sociales.

Tantôt concept , (Jodelet, 1989a) tantôt théorie (Flament et Rouquette, 2003a ; Negura, 2006) ou approche (Bangerter, 2008), le concept de représentation sociale désigne d'abord un processus cognitif. Cette opération mentale s'effectue dans un contexte social particulier, à une époque et à un moment particulier, et c'est ce qui confère à la représentation un caractère dual, à la fois cognitif et social. Cette perspective à la fois psychologique et sociologique donne prise à plusieurs interprétations et usages qui ne sont pas nécessairement compatibles les uns avec les autres, ce qui complique l'entreprise de clarification du concept. S'ajoute à cette complexité le fait que le concept relève de la psychologie sociale et que cette

---

<sup>13</sup> Représentation dérive du verbe représenter emprunté au latin *Repraesentare* qui, depuis 1175, a signifié tour à tour : « faire apparaître », « rendre présent devant les yeux », « reproduire par la parole », « répéter, rendre effectif », « payer sans délais ou comptant » puis « amener devant quelqu'un », « livrer à la justice », et « remplacer quelqu'un » (Rey et Hordé, *Dictionnaire historique de la langue française : contenant les mots français en usage et quelques autres délaissés, avec leurs origines proches et lointaines ...* , p.1916).



discipline a subi au fil du temps l'influence de courants culturels, philosophiques et méthodologiques diversifiés<sup>14</sup>.

Nous commencerons donc notre entreprise de clarification avec l'exploration du processus cognitif qui sous-tend la représentation, en regardant ce que la psychologie cognitive entend par « représentation ».

### 2.2.1 La représentation, perspective cognitive

Le concept de représentation est fondamental pour la psychologie cognitive, discipline qui a pour objet d'étude la connaissance et toutes les activités mentales qui s'y rattachent. Les psychologues cognitivistes s'entendent pour définir la représentation « comme la plus petite entité cognitive dotée d'une signification et se rapportant à un "objet du monde" » (Gallina, 2011, p.21). Cette entité de base est la résultante de l'activité du système nerveux central (SNC) et s'élabore à partir des perceptions de l'environnement extérieur du sujet (Varella, 1994, cité dans Meyer, 2007, p.308). Selon la perspective cognitive, il y a représentation parce que le cerveau traite l'information en provenance de l'extérieur, il en conserve une trace qu'il utilise par la suite, même lorsque celle-ci n'est pas disponible dans l'environnement immédiat. L'ensemble de ces « traces » est ensuite catégorisé et classé selon différents critères. Cette entreprise, qui se déroule à notre insu, est possible grâce à deux fonctions mentales essentielles chez l'être humain : la

---

<sup>14</sup>La psychologie sociale américaine a été très influente en Europe sauf en France, probablement en raison de la langue de diffusion. Serge Moscovici s'est appuyé sur les sciences sociales françaises pour développer le concept de représentation sociale. L'ensemble théorique français a connu du succès en Europe et moins en Amérique, probablement en raison de la proximité européenne. Par ailleurs, la méthodologie complexe nécessaire à l'étude des représentations sociales est probablement à l'origine du peu d'engouement en Amérique. La psychologie sociale américaine s'appuyant principalement sur des méthodes expérimentales pour développer ses connaissances (Pétard, *La Psychologie sociale*, p.52-53).



symbolisation et la catégorisation. Dans la prochaine section, nous brosserons un tableau succinct de ces fonctions.

#### 2.2.1.1 Fonction de symbolisation

Le mot « symbole » est d'origine grecque et signifie « lier ensemble ». Dans le monde des idées, symboliser permet de rapprocher des éléments neutres et d'y accoler une signification, un sens, des affects. Pour la psychologie cognitive, la symbolisation est un niveau intermédiaire entre le cerveau (niveau neuronal) et la pensée (niveau sémantique) et permet d'expliquer comment les états intentionnels ou représentationnels prédisposent à l'action et comment il est possible de faire le lien entre notre univers mental et notre environnement. Il n'y a pas que les humains qui aient la capacité de désigner un objet par un substitut, autrement dit de symboliser. Lorsque l'on demande à un chien de nous « donner la patte » celui-ci associe la perception auditive et une action sans comprendre ce que le mot « patte » signifie.

#### 2.2.1.2 Fonction de catégorisation

La catégorisation est le mécanisme psychologique par lequel nous classons et organisons les objets de notre environnement physique et social en fonction de leurs aspects et qualités. Ce mécanisme inconscient permet de traiter de grandes quantités d'information en la synthétisant, ce qui simplifie la complexité du monde dans lequel nous évoluons (Fiske, 1998; Hamilton & Trolier, 1986; Taylor, 1981 cité dans Vallerand, 2006, p.534). Cette action essentielle et inconsciente nous permet de donner un sens à notre environnement et aussi de nous l'approprier. Elle permet en outre de départager notre environnement social. Nous nous identifions à notre groupe en y accolant des « valeurs positives et distinctes ». Si, pour quelque raison, nous ne pouvons y arriver, nous cherchons à nous « identifier aux groupes cotés "supérieurs" » (Dorvil, 1988, p.57).

Par ailleurs, en regroupant des objets ou des individus au sein d'une même catégorie, nous conférons à ces représentations une entitativité. En psychologie sociale, l'entitativité est la perception selon laquelle un ensemble de personnes liées entre elles par des buts communs, des croyances, des similarités forment une unité. Cette mécanique est à l'origine de la formation de représentations sociales comme les préjugés et les stéréotypes.

#### 2.2.1.3 La représentation sociale, aspect sociologique

Lorsque l'on parle des aspects sociologiques de la représentation, on veut simplement signifier que celles-ci s'élaborent au sein du groupe et à propos d'objets sociaux, comme les institutions sociales (l'éducation, la religion), les phénomènes sociaux (la déviance, l'argent), les créations humaines (la psychothérapie, les arts). Ces représentations forment à leur tour des ensembles de pensées, d'affects, de savoirs, de visions, de définitions, de symboles qui sont véhiculés et utilisés par les individus dans leur interaction au sein du groupe (Meyer, 2007, p.252). La rumeur et les légendes urbaines en sont des exemples. Nous verrons maintenant les principales formes de représentations sociales et comment la psychologie sociale américaine les définit.

#### 2.2.1.4 Les préjugés et stéréotypes

Préjugés et stéréotypes, produits inconscients de la catégorisation, sont des outils mentaux utilisés dans un contexte social. Ils sont acquis au sein de notre groupe d'appartenance, à une époque et dans un contexte culturel spécifique, et ils reflètent le point de vue prévalant dans notre groupe relativement à certains sujets (des faits ou des personnes). Ce sont des images attributives ou prédicatives chargées d'affectivité qui permettent de rendre compte, pour celui qui parle et pour celui qui écoute, d'un contenu attendu. Difficiles à évincer une fois installés dans les

esprits<sup>15</sup>, préjugés et stéréotype, de par leur configuration affective, pourront être la source de mobilisation d'individus ou de groupes et donner lieu à des attitudes et des comportements irrationnels et mesquins comme la discrimination.

### Les stéréotypes

Les stéréotypes permettent de regrouper dans une catégorie des personnes selon des attributs physiques (les Américains sont obèses), psychologiques (les Québécois sont chaleureux) et comportementaux (les Noirs sont de bons danseurs). Ces attributs, positifs ou négatifs, à propos des membres de notre groupe ou de personnes extérieures à notre groupe, deviennent des caractères essentiels des membres de la catégorie. Ce caractère naturel et essentialiste est renforcé si le groupe en question possède un caractère visuel proéminent (sexe, âge, ethnicité) (Vallerand, 2006, p.536).

Comme membre de notre groupe, nous avons tous une connaissance des stéréotypes qui y circulent, ce qui ne veut pas dire que nous les approuvons. Ils n'en constituent pas moins un ensemble de croyances ou d'idéologie partagé au sein de notre groupe et qui permet par exemple de « justifier, légitimer ou contester le statu quo entre les

---

<sup>15</sup> Les stéréotypes, une fois instaurés, sont relativement stables. En contact avec l'environnement, nous aurons tendance à en retirer les informations qui sont en concordance avec nos acquis (Hamilton & Trolie, 1986; Mackie & Hamilton, 1993 cité dans Vallerand, *Les fondements de la psychologie sociale*, p.542). Par ailleurs, ils conservent une certaine malléabilité. À cet effet Schrieke publia en 1936 une étude à propos des préjugés envers les nouveaux arrivants aux États-Unis qui devint un classique. Ainsi, d'après les propos recueillis dans les journaux de l'époque, une première vague d'arrivants chinois a généré des préjugés positifs : sérieux, sobres, dociles, travaillant, épargnant. Après la campagne électorale américaine de 1867, il était plutôt question dans les médias de faire obstacle aux Mongols, qui désormais n'avaient plus que des défauts : malpropres, renfermés, vivant dans des conditions répugnantes, vivant dans des sociétés secrètes, suspectés de propension à la criminalité (Schrieke, *Alien Americans: A Study of Race Relations* ).



groupes dominants et les groupes minoritaires ou subordonnés » (Oakes et al., 1994; Jost & Major, 2001, cités dans Vallerand, 2006, p.536).

### Les préjugés

Le préjugé est, a priori, un jugement. C'est une idée préconçue concernant un individu ou un groupe d'individus, qui se fonde sur une rationalisation des stéréotypes et qui induit une attitude et/ou un comportement. Il peut être positif mais, selon Golden Allport, il s'agit généralement d'« une attitude négative ou d'une prédisposition à adopter un comportement négatif envers un groupe, ou envers les membres de ce groupe, et qui repose sur une généralisation erronée et rigide » (Allport, 1954, cité dans Vallerand, 2006, p.544-546). Les préjugés portent des étiquettes (le sexisme, l'antisémitisme, le racisme, etc.) qui précisent la catégorie sociale visée, et ils sont alimentés par les expériences et les interactions avec le groupe en question et/ou par la menace ou la peur d'être dépossédé de ses valeurs (Vallerand, 2006, p.544-546).

#### 2.2.1.5 Les croyances (idéologie, opinions, mythes)

La notion de croyances comme mécanisme d'appropriation culmine dans la sphère des représentations sociale et englobe une série de notions telles l'opinion, l'idéologie, le mythe, les superstitions, les rumeurs, les légendes. C'est le lieu de partage de la connaissance et du savoir<sup>16</sup>. Les croyances ont la propriété d'agir sur nos conduites, notre environnement intérieur et extérieur de manière extraordinaire.

---

<sup>16</sup> À l'instar des philosophes grecs de l'Antiquité, Lebon (1841-1931) avance que croyance et connaissance sont deux choses distinctes qui n'ont pas la même origine. La croyance possède un caractère passif qui expose à l'erreur et à l'errance. « La croyance est un « recevoir », susceptible de nous induire en erreur, des options toutes faites qui porte sur des idées non attestées rationnellement ». « La connaissance est une acquisition consciente de savoir qui se construit à l'aide de méthodes rationnelles comme l'expérience et l'observation. » (Le Bon, *Les opinions et les croyances. Genèse, évolution*, p.18)

L'expression biblique « la foi transporte les montagnes » en est un exemple. Le neuroscientifique Mario Beauregard attribue aux croyances un pouvoir de vie et de mort. Il est démontré scientifiquement que nos croyances vont jusqu'à influencer la réussite ou l'échec de traitements chirurgicaux, pharmacologiques et même psychologiques. Elles peuvent, en outre, réguler nos expériences physiques et émotionnelles. L'expérience plus ou moins intense de la douleur est un exemple de cette régulation (Beauregard, 2013, p.37-38).

Évoquer la notion de croyance<sup>17</sup> nous ramène aux sociétés primitives et à un savoir acquis sur des prétentions invérifiables, donc basé sur la foi. Dans nos sociétés modernes, nous croyons être immunisés contre ces dérives irrationnelles étant donné que notre savoir collectif est « scientifique » et qu'il s'appuie sur l'examen des faits et la raison. Mais c'est faire fi du fait que l'irrationnel et le symbolique sont le propre de l'homme. Les croyances sont toujours aussi vivaces et omniprésentes dans notre vie quotidienne<sup>18</sup>. Notre époque véhicule une kyrielle

---

<sup>17</sup> La notion de « croyance » est d'origine latine. *Credere* signifie mettre sa confiance en quelqu'un ou en quelque chose, donc confier. Cela donnera naissance aux mots « prêter » et « croire ». « Donner crédit » à quelqu'un ou à quelque chose est en fait croire en lui ou en cette chose (Rey et Hordé, *Dictionnaire historique de la langue française : contenant les mots français en usage et quelques autres délaissés, avec leurs origines proches et lointaines ...*, p.576). L'utilisation moderne de la notion de croyance diffère lorsqu'employée au pluriel ou au singulier. La croyance, c'est ce que l'on croit, c'est l'acte de croire. La croyance désigne une conviction intime, une conception de la réalité, à une époque et pour un groupe social donné. Les croyances sont le résultat de cet acte mental. Croyances religieuses, mythiques, économiques, politiques, etc. La notion présente aussi des fondements axiologiques positifs ou négatifs selon que l'on se réfère à la simple opinion (croire que, croire à) jugée négativement parce que s'opposant au savoir scientifique ou à des valeurs religieuses (croire en).

<sup>18</sup> La conception néolibérale de l'économie qui s'est imposée depuis les années 1980 au détriment notamment du modèle keynésien est affirmée comme une croyance, un fait inné et incontournable. Ainsi, le salut économique passe nécessairement par le développement de l'économie et de la consommation, et par la privatisation des services de l'État. L'appareil étatique est jugé inapte à gérer les affaires du bien commun qui doivent être privatisées, étant donné que l'efficacité ne peut se révéler que par le système privé (Lebaron, *La formation sociale des croyances économiques. Eléments de synthèse sur diverses recherches récentes.*)



d'archaïsmes et de faussetés qui émergent sous forme de croyances ou de superstitions, et même les savants et les grands esprits les plus éminents sont victimes de certaines de ces illusions (Thuillier, 1997). La faiblesse de l'homme devant les éléments et les événements, le pousse à prévenir l'adversité. Afin de prendre en main sa destinée et à repousser un avenir angoissant l'humain repère autour de lui, dans son environnement (les astres, les chiffres), les conjonctions qui lui permettraient de se prémunir du désastre. En introduisant de la causalité où il n'y en a pas, il se crée des superstitions, des croyances qui le rassurent et calment ses angoisses. Elles forment un savoir populaire qui structure la pensée et permet l'adaptation au monde environnant en chassant le doute et l'incertitude, donnant une impression de contrôle sur l'environnement.

Éléments essentiels de la civilisation, les croyances religieuses, politiques ou sociales ont intéressé philosophes, sociologues et psychologues. Alexis De Tocqueville, dans son étude de la démocratie américaine, a pris conscience de la nécessité des croyances pour la cohésion sociale et la viabilité des projets de société, en avançant qu'il ne pouvait y avoir de progrès ou de prospérité sans croyances. Pour lui, ces « idées communes » étaient la bougie d'allumage de l'action commune et de la cohésion sociale.

---

La diffusion médiatique des expériences scientifiques est parfois à l'origine de croyances qui, une fois implantées dans l'imaginaire collectif, sont difficilement délogeables. L'effet Mozart est une de ces croyances modernes qui a émergé suite à la diffusion d'une recherche dont les résultats ont été remis en question. Véritable phénomène de société qui a été à l'origine de nombreux articles de presse, de la production de jouets didactiques et de CD de musique classique destinés au fœtus et aux enfants (Bangertner, *La diffusion des croyances populaires. Le cas de l'effet Mozart*).

Les effets placebo et nocébo sont des croyances sur les effets positifs ou négatifs et parfois même sur le succès ou l'échec d'un traitement pharmacologique, chirurgical ou psychologique, prescrit par un professionnel de la santé physique ou mentale (Beauregard, *Les pouvoirs de la conscience. Comment nos pensées influencent la réalité*).



Gustave Lebon, précurseur de la psychologie sociale française, définit la croyance comme « un acte de foi d'origine inconsciente » qui force l'admission, sans avoir à réfléchir, sans idée, opinion, ni doctrine (Le Bon, 1918, p.18). Le mécanisme inconscient et involontaire à l'œuvre dans l'élaboration des croyances nous dispense de « l'analyse critique de nos opinions et de nos certitudes » et permet une économie de temps et d'énergie. Cette absence de préoccupations pour les justifications scientifiques et les démonstrations rationnelles comme caractéristique principale de la croyance permet son emprise sur l'homme (Fontaine, 2003, p.5).

Hannah Arendt (cité dans Fontaine, 2003) va encore plus loin en énonçant la nécessité de la cogitation inconsciente, prélude aux croyances et préjugés, étant donné que l'entreprise de vérification consciente des assertions et des perceptions serait tellement lourde qu'elle entraverait nos rapports sociaux. Pour elle, ces outils cognitifs sont essentiels à l'homme et lui permettent d'interagir au sein du groupe, d'exprimer ses points de vue sans avoir à s'expliquer.

Contrairement aux représentations qui prennent forme à travers un objet spécifique qui les constitue et que la représentation structure, les croyances n'ont pas d'objets spécifiques, mais un ensemble de signification qui aménage le terrain pour la localisation et la spécification d'un objet (Apostolidis, Duveen et Kalampalikis, 2002). Tout comme les représentations sociales, les croyances prennent racine au sein du groupe auquel nous appartenons. Nous adoptons les croyances et les opinions de notre entourage, milieu professionnel, classe, secte, parti, équipe, etc. Une fois adoptées, les croyances revêtent une aura de naturalité, d'inéluctable. Le vrai et le faux s'établissent ainsi en conformité avec le groupe. Ces idées communes sont si acceptées qu'elles deviennent indiscutables, et malheur à celui qui ne les partage pas (Le Bon, 1918, p.147). Remettre en cause une croyance est pénible pour l'homme, cela fait ressurgir angoisse et détresse, celui-ci ira donc jusqu'à

transformer la réalité dans le sens de ses désirs dans le but de maintenir la cohérence par tous les moyens possible<sup>19</sup>.

Malgré leur force les croyances ne sont pas immuables : étant des fictions, elles ne résistent pas à la prise de conscience, c'est ainsi que la croyance peut-être ébranlée et, lorsqu'elles perdent de leur cohérence, « tout ce qu'elle soutenait s'écroule ». (Le Bon, 1963, p.83). Le Bon nous rappelle qu'« il n'a pas encore été donné à un peuple de changer ses croyances sans être aussitôt condamné à transformer les éléments de sa civilisation » (*Ibid.*, p.83). Cette assertion de Le Bon à propos des phénomènes civilisationnels est valable pour l'individu, et c'est ce processus de déconstruction des croyances qui est employé dans les approches dites cognitives.

---

<sup>19</sup> La théorie de la dissonance cognitive élaborée par Festinger (1957) postule que l'incohérence entre deux cognitions (croyances) ou entre une cognition et un comportement (agir en désaccord avec ses croyances) produit un inconfort tel (dissonance) qu'il doit être éliminé, soit en modifiant le comportement, les pensées (ne plus y penser en se changeant les idées), en banalisant (fumer une cigarette n'est pas si grave) ou en ajoutant des éléments consonants (bien manger et faire de l'exercice annule les méfaits du tabac) (Vallerand, *Les fondements de la psychologie sociale*, p. 265).

### 2.2.1.6 Les attitudes

En terminant, un mot à propos des attitudes, qui sont le reflet, la mise en action, des outils cognitifs tels les préjugés, les stéréotypes et les croyances. Pour la psychologie sociale, les attitudes se définissent comme une « manière de tenir son corps dans l'espace », une conduite que l'on adopte en société, vis-à-vis des autres.

Étudier les attitudes permet d'expliquer le comportement social. Allport définit ainsi l'attitude :

Une attitude représente un état mental et neuropsychologique de préparation à répondre, organisé à la suite de l'expérience et qui exerce une influence directrice ou dynamique sur la réponse de l'individu à tous les objets et à toutes les situations qui s'y rapportent. (Allport, 1935, cité dans Vallerand, 2006, p.237)

Dans cette définition, l'« état mental » renvoie à l'état d'esprit de la personne qui, lui, n'est pas palpable, ni directement observable. L'attitude est une intention orientée vers un objet, un individu ou un groupe, qui prédispose à l'action dans une direction déterminée. En outre, l'attitude permet d'organiser les connaissances acquises à propos d'un objet et les états affectifs (positifs ou négatifs) à propos de celui-ci. L'attitude est aussi une appréciation affective qui se manifeste à l'égard d'un objet spécifique (Vallerand, 2006, p.238). Par exemple, une personne ayant une attitude favorable à l'égard du chant classique assistera à des spectacles d'opéra, fera l'achat de CD de ce genre musical, s'intéressera à la vie des chanteurs vedettes, etc. L'attitude peut se caractériser par sa direction qui est tantôt favorable, neutre ou défavorable. Il est possible d'en mesurer l'intensité (à quel point aimons-nous ou détestons-nous ceci ou cela ?) et son importance (est-ce si important que cela ?).

Selon Allport (1935), les attitudes sont des déterminants importants de nos comportements, de nos perceptions et de nos pensées. Elles agissent comme un filtre sur l'environnement et nous aident « à trouver notre chemin dans un monde



complexe » (Vallerand, 2006, p.251). Elles permettent de nous adapter socialement. Ainsi, au sein d'un groupe, présenter des comportements et des attitudes bienveillantes améliorera ou renforcera positivement la perception des autres à notre égard et consolidera notre adhésion au groupe.

### 2.2.2 Les représentations collectives

La présence du concept de représentation dans le champ de la sociologie serait, selon Serge Moscovici (1961), attribuable à Georg Simmel (1858-1918) et Max Weber (1864-1920), mais c'est à Émile Durkheim (1858-1917) que reviendrait la paternité de la notion de « représentations collectives ». Durkheim, dans son étude sur la causalité sociale du suicide (Durkheim, 1897, 1967), en est venu à conclure, en mettant un phénomène social (fréquence des suicides) en relation avec un autre phénomène social (l'adhésion religieuse), que le suicide est un fait social qui déborde la volonté individuelle (Durkheim, 1897, 1967, Livre 3, 1er chapitre, 1ère partie). Cette conclusion a mis la table au développement du concept de représentations collectives qui englobe plusieurs objets sociaux comme la science, les religions, les mythes, l'espace et le temps (Moscovici, 1997, p.82).

Durkheim s'est employé à définir ce qui distingue les représentations individuelles des représentations collectives. Pour illustrer son propos sur les représentations collectives, il a utilisé l'analogie avec le cerveau. Ainsi, il a présenté les représentations individuelles comme le produit de la réaction des neurones entre eux et, considérant la société comme un cerveau, il a présenté les représentations collectives comme le produit des réactions entre les différentes consciences individuelles (Durkheim, 1898). Selon Durkheim, les représentations collectives sont donc le produit d'une « conscience collective » qui transcende l'individu et qui organise les représentations personnelles. Pour Durkheim, les représentations collectives doivent être saisies comme un phénomène intellectuel ou mental *sui generis*, c'est-à-dire d'un genre qui lui est propre. Pour l'auteur, les représentations

collectives prévalent sur les représentations individuelles, elles dominent la vie sociale par les actions qu'elles autorisent, elles ont un caractère contraignant qui permet de maintenir et de stabiliser la cohésion sociale. Pour Durkheim, les représentations collectives ont un caractère statique, une homogénéité qui se transmet d'une génération à une autre (*Ibid.*).

#### 2.2.2.1 Évolution de la notion de représentation collective

Maurice Halbwachs (1925), élève de Durkheim, a étudié le rôle du langage et des trames narratives dans l'organisation et la construction du monde social. Il a avancé que les gens créent et partagent des histoires qui rendent leur monde intelligible et que le sentiment de communauté et l'identité sociale (l'ancrage social) découlent de ces récits. Pour lui, ces histoires transmises par le biais du langage sont à l'origine des mémoires individuelles. Les réflexions d'Halbwachs à propos de l'impact du langage et des récits sur la mémoire et les interactions sociales mettent en évidence le caractère construit des traditions et des mémoires communes, ainsi que les processus de transmission intergénérationnelle. Cette prise de position théorique s'oppose aux propos de Durkheim qui attribuait aux représentations collectives des caractères statiques et homogènes.

Un autre collaborateur de Durkheim, Lucien Lévy-Bruhl (1927, 1963), reprit le concept de représentations collectives pour l'étude des mythes et superstitions dans les sociétés primitives et donna une autre tournure au concept en révélant que « les modèles de représentations qui forment la mentalité d'un peuple sont incommensurables à ceux d'un autre peuple » (Moscovici, 1997, p.86). Lévy-Bruhl a constaté que les sociétés primitives, tournées vers le surnaturel, attribuaient aux phénomènes sociaux une nature mystique, interprétation de l'univers incompatible avec la rigueur et la rationalité scientifiques. Lévy-Bruhl, s'éloignant de l'ethnocentrisme ambiant de son époque, conclut que les différents modes de vie entre sociétés civilisées et primitives ne sont pas dus à l'infériorité des primitifs, ni

à des limitations psychologiques, mais simplement à la nature différente des représentations qui circulent au sein d'une société. Ces conclusions de Lévy-Bruhl ont permis de mettre au jour « les structures intellectuelles et affectives des représentations en général » et ont marqué une « seconde phase de l'étude de la notion de représentation collective » (*Ibid.*, p.88).

Dans le sillage de Lévy-Bruhl et de ses constats sur les civilisations primitives, Jean Piaget (1925, p.82), à la suite d'interviews avec des enfants, révèle des similitudes entre les enfants et les peuples primitifs. Comme les « primitifs », les enfants prêtent une force créatrice, une intention aux choses qui les entourent. Ils transposent, dans leur univers, cette causalité psychologique qui a pris naissance dans leur conscience. Ainsi, ils réuniront par un lien causal différents événements qui, par ailleurs, se révèlent être le fruit du hasard. C'est ici en affirmant que les enfants ont une représentation du monde distincte des adultes que Piaget réinstitue à l'intérieur de notre culture la dualité, d'abord présentée par Lévy-Bruhl, entre cultures primitives et civilisées. Par ailleurs, les représentations du monde que se font les enfants évoluent en incorporant des notions apprises sous l'autorité des parents et de l'école. Ce constat remet en question les qualités contraignantes de la représentation collective affirmée par Durkheim, et permet en outre de faire ressortir l'aspect psychique des représentations et l'importance des relations sociales (*Ibid.*, p.95).

À la même époque, Sigmund Freud apporte aussi sa contribution à la compréhension du concept de représentation collective. C'est par l'observation *in situ* de la modification des croyances individuelles qui s'opère par l'essence et l'efficacité des traitements psychiques qu'il met en évidence la force des représentations. Par ailleurs, dans son étude sur les théories sexuelles, Freud (1908) expose le cas de l'élaboration, par les enfants, de représentations relatives à la sexualité et à la naissance des bébés. Ces représentations, qui contiennent autant



d'éléments fantastiques que d'éléments authentiques, permettent aux enfants de s'expliquer et d'appréhender une situation à la fois captivante et inquiétante (Freud, 1908, cité dans Moscovici, 1997, p.92). Dans cette analyse, Freud a montré le mécanisme d'intériorisation par lequel les représentations passent du niveau conscient au niveau inconscient (Moscovici, 1997, p.98). Il a aussi révélé une autre facette des représentations collectives, la transformation individuelle du savoir ambiant sous forme de représentations.

En 1961, dans son étude sur la psychanalyse, Moscovici propose une analyse qui fournit au concept de représentations sociales sa définition scientifique. Dans cette étude, Moscovici montre comment la représentation sociale transforme le savoir scientifique en savoir de sens commun. En utilisant une méthodologie psychosociologique qui « permet d'étudier les comportements et les rapports sociaux sans les déformer ni les simplifier » (*Ibid.*, p. 79), Moscovici a mis au jour les mécanismes qui permettent l'élaboration de ce savoir de sens commun. Cette étude a aussi permis de comprendre comment s'élaborent ces images représentationnelles et de quelle façon elles se diffusent au sein de la population.

#### 2.2.2.2 Apport de Moscovici au concept de « représentation sociale »

En reprenant le concept de représentations collectives élaboré par Durkheim, Moscovici, en tant que psychologue social, a mis l'accent sur les structures psychiques et cognitives des représentations pour forger le concept de « représentations sociales ». Tout comme Halbwachs avant lui, Moscovici a insisté sur l'aspect constructif et relationnel des systèmes représentationnels, soit sur le fait « qu'ils sont activés et construits par les individus » (Aebischer et Oberlé, 2012, p.168-169). Cette perspective nouvelle s'éloigne de la vision contraignante que Durkheim avait accolée aux représentations collectives (Moscovici, 1997, p.82). Cette approche renouvelée des représentations sociales a permis de comprendre les changements sociaux et individuels (*Ibid.*, p. 82). Moscovici insiste sur la différence

entre savoir scientifique et savoir de sens commun, précisant, comme Lévy-Bruhl dans son analyse des civilisations primitives, que cette différence ne doit pas être attribuée à une forme d'illogisme de la part de l'homme de la rue, mais doit être attribuée au fait qu'il s'agit de deux modes de connaissance différents, qui ont des règles de fonctionnement différentes (Aebischer et Oberlé, 2012, p.168-169).

Pour Moscovici, le concept apparaît particulièrement intéressant pour appréhender la société dans laquelle nous évoluons. Cette société est caractérisée, entre autres, par le rôle des communications et l'importante circulation d'informations scientifiques et techniques, et où les scientifiques à l'origine de ces informations s'apparentent « aux faiseurs de mythes des civilisations plus anciennes ». La diffusion de ces informations ne peut être contrôlée, et celles-ci, au gré de leurs circulations et de leurs dispersions, s'en trouvent transformées. Ce sont ces informations transmutes qui sont à la base des modifications des modes de pensées et qui structurent les représentations (Moscovici, 1997, p.81).

### 2.2.3 Clarification du concept de représentations sociales

En mettant l'accent sur leurs contenus et leurs fonctions, Moscovici présente les représentations sociales comme un système de valeurs, un corpus de connaissances qui, utilisé comme un outil ou un instrument, permet à l'individu d'orienter, d'organiser ses connaissances et de stabiliser son cadre de vie (Moscovici, 1961, p.1). Depuis lors, le concept a été repris et adopté par plusieurs chercheurs et théoriciens qui considèrent les représentations sociales comme un substrat culturel qui permet de doter la réalité d'une signification partagée par l'ensemble des membres d'une communauté. Cette représentation adoptée par le collectif fera plus que porter une signification, elle déterminera les comportements du groupe et des individus. (Abric, 1989, p.188-189).

Jodelet (1984, p.361-362) spécifie que les représentations sociales s'élaborent individuellement en tenant compte de catégories cognitives mises à la disposition de l'individu, de la place que le sujet occupe au sein du groupe, de sa culture et de ses expériences personnelles. Cette élaboration fournit à l'individu une connaissance intime et particulière du monde qui l'entoure et qu'il utilise par la suite dans ses interactions.

Nous retenons des différents auteurs ayant défini les représentations sociales que celles-ci sont à la fois produit et processus. Comme produit, il est question des images mentales complexes élaborées à propos de sa réalité environnante et qui se situent à l'interface individu-environnement (Abric, 1994, p.12). Le processus, quant à lui se présente comme l'élaboration par le sujet d'un système d'interprétation, d'une grille de lecture et d'un guide d'action qui permet d'interagir, de communiquer avec l'entourage (Jodelet, 1989b, p.36-37). En fait, les représentations sociales sont une forme de savoir de sens commun, une théorie personnalisée, intime, qui sert à orienter et à expliquer nos conduites et celle des autres et aussi à leur donner un sens.

#### 2.2.4 Processus de construction des représentations sociales

En s'intéressant à la formation des représentations sociales, Moscovici a identifié deux processus importants qui concourent à leur construction : l'objectivation et l'ancrage. Pour l'auteur, « ces deux processus rendent compte de la façon dont le social transforme une connaissance scientifique en représentation et de la façon dont cette représentation transforme le social » (Gosling, 1996, p.115). Dans le processus d'objectivation, Moscovici identifie trois étapes : a) la sélection de l'information ; b) l'établissement d'un schéma ou d'un noyau figuratif ; c) la naturalisation. Au terme de ce processus, le concept est transformé en une image explicative plus concrète, plus facile à manipuler mentalement, comme peut l'être une théorie explicative. Le processus d'ancrage, qui vient à la suite de



l'objectivation, permet quant à lui d'insérer la représentation à l'intérieur d'un cadre de référence et du système de valeur de l'individu qui peut ensuite l'utiliser pour comprendre, interpréter et analyser son environnement

#### 2.5.5 Les cinq fonctions des représentations sociales

Nous avons inventorié cinq fonctions des représentations sociales : cognitive, interprétative, d'orientation, identificatrice et de cohésion.

##### Une fonction cognitive

Comme nous l'avons vu dans la première section de ce chapitre, les représentations sociales sont la résultante d'une série d'opérations neuropsychologiques inconscientes (perception, exploration, reconnaissance, catégorisation) qui permettent la transformation des données et des éléments nouveaux en provenance de l'environnement afin de les rendre malléables (Abric, 1994, cité dans Gosling, 1996, p.115-116).

##### Une fonction d'interprétation de la réalité

Le processus cognitif permet en outre d'assimiler et d'acquérir un nouveau savoir sous forme de représentations sociales, et ce savoir permet d'interpréter le monde et « de comprendre et d'expliquer la réalité » (*Ibid.*). Le contexte social et les valeurs individuelles se conjuguent à toutes les étapes du processus de construction des représentations sociales, c'est pourquoi elles ne sont jamais figées et toujours en évolution.

##### Une fonction d'orientation des pratiques et des conduites

S'élaborant en partie sur le substrat social et étant partagées par la collectivité, les représentations sociales, comme savoir partagé à propos d'un objet social précis, permettent à l'individu de prendre position, d'entrer en relation avec les autres et

d'interagir dans un contexte particulier (Tremblay, 2005, p.46). Par ailleurs, elles permettent de justifier comportements et prises de position (Abric, 1994, cité dans Gosling, 1996, p.115-116). Cette mécanique est inconsciente, étant donné que l'« idée » à propos d'un objet social s'impose instantanément à l'esprit, sans effort réflexif. Avant même toute prise de conscience, elles induisent des attitudes et des comportements.

#### Une fonction identitaire

Ce savoir, ces informations partagées par les nôtres, façonnent l'identité des individus et ont un impact sur les actions et la manière d'être face à soi et aux autres (Tremblay, 2005, p.46). Elles permettent à l'individu de prendre position, de se situer au sein du groupe en adoptant une identité en harmonie avec les normes et les valeurs véhiculées au sein du groupe, et cela à une époque et à un endroit donné (Abric, 1994, p.16).

#### Une fonction de cohésion sociale

Considérant ce groupe auquel les individus adhèrent, partageant les mêmes valeurs, objectifs et buts, certaines des représentations permettent la liaison du groupe et/ou permettent d'identifier le groupe par association avec l'objet social. Par exemple, les psychiatres et la maladie mentale, les psychologues et la psychothérapie, les travailleurs sociaux et la marginalité (Chauffaut et David, 2003, p.23). La représentation sociale permet donc non seulement à l'individu de se positionner au sein du groupe, mais aussi de lier ensemble les individus qui forment le groupe. En partageant un savoir de sens commun, « les représentations fournissent un code commun à la communication [qui permet de distinguer] les groupes sociaux les uns des autres » (Moscovici, 1992, cité dans Tremblay, 2005, p.46), assurant ainsi la cohésion du groupe. Par exemple, pensons aux idéologies politiques ou religieuses,

aux mythes et légendes folkloriques, aux croyances partagées au sein d'une collectivité qui en marquent l'identité.

#### 2.5.6 Structure des représentations sociales

Suite aux travaux de Moscovici, les recherches sur les représentations sociales se sont intéressées à leur structure. Ces études ont mis à jour les éléments constituant de la représentation (croyances, opinions, savoirs) et les ont attribués à deux systèmes distincts et interdépendants: le système central ou noyau, et le système périphérique.

Jean-Claude Abric s'est particulièrement intéressé à l'approche structurale des représentations sociales. À partir de l'hypothèse que « toute représentation est organisée autour d'un noyau central » (Abric, 1989, p.215), l'auteur a postulé que le noyau central est un sous-ensemble de la représentation sociale qui à la fois organiserait (fonction organisatrice) et donnerait son sens (fonction génératrice) à la représentation. Cette partie centrale de la représentation est stable, c'est un élément unificateur et englobant qui est partagé par l'ensemble des individus d'un même groupe et qui permet la reconnaissance de l'objet de la représentation au sein du groupe. Ce système « est déterminé par la nature de l'objet, par le type de relations que le groupe maintient avec cet objet et, finalement, par le système de valeurs et de normes qui constituent l'environnement idéologique du moment et du groupe » (Abric, 2001, p.43). Le noyau est composé d'un ou de plusieurs éléments solidaires, et l'absence ou la disparition de l'un d'eux déstructurerait la représentation sociale et lui donnerait une autre nature, une autre signification (Abric, 1989, p.215). Dans cet ensemble, « on peut identifier quelques aspects plus anciens ou plus enracinés dans le passé qui restent toujours présents dans la pensée contemporaine » (De Sá et Oliveira, 2002, p.110). Ces éléments sont liés à la mémoire du groupe, à son histoire. Par conséquent, l'étude de la structure de la représentation ouvre un



chemin pour découvrir les éléments enracinés dans la culture du groupe concerné (Bovina, 2006).

Le système périphérique, quant à lui, permet de concrétiser les différents éléments de la représentation. C'est là que certaines notions complexes sont simplifiées afin d'être plus facilement manipulables cognitivement. Les éléments de ce système sont le reflet des différences individuelles (Moliner, 1995, cité dans Negura et Maranda, 2004, p.133) et, comparativement au noyau central, il contient des éléments de natures hétérogènes. Par exemple, selon le modèle proposé par Abric, nous trouverons chez les travailleurs sociaux des éléments communs à leur définition de la maladie mentale ou à la notion de trouble en santé mentale, mais aussi des différences individuelles qui auront été acquises au gré des différentes formations ou expériences professionnelles ou personnelles.

Selon Moliner (1995 cité dans Abric, 1994, p.28), les éléments périphériques donnent ses caractéristiques à la représentation. Ce système remplit trois fonctions : concrétisation, régulation et défense du noyau central. Ces fonctions permettent d'utiliser la représentation sociale de façon concrète et échangeable au sein du groupe, de l'adapter au contexte en permettant des changements individuels de la représentation, qui sont toujours compatibles avec le noyau central. Ces modifications individuelles se traduisent par des comportements différents. La dernière fonction du système périphérique est de permettre la stabilité du noyau central lorsque celui-ci est menacé dans des situations de confrontation.

Claude Flament (1989), quant à lui, présente les éléments périphériques comme des schèmes organisés autour du noyau central. Cet ensemble « assure le fonctionnement quasi instantané de la représentation comme grille de décryptage d'une situation » (*Ibid.*, p. 229). En outre, il permet de départager « ce qui est normal (et par contraste, ce qui ne l'est pas), et donc ce qu'il faut comprendre et mémoriser » (*Ibid.*). Cette fonction s'ajoute à celles proposées par Moliner.

### 2.2.7 Dynamique des représentations sociales

Les représentations sociales se constituent essentiellement au sein du groupe d'appartenance et sont façonnées par modelage ou remodelage des objets psychiques. Ainsi, par ce processus, elles naîtront, se transformeront, évolueront et parfois même disparaîtront. Durkheim, dans son ouvrage sur les représentations collectives, avait souligné leur caractère transgénérationnel. Les études actuelles sur les représentations sociales laissent supposer que plusieurs générations de représentations sociales se succèdent avec, en leur centre, un noyau qui véhicule des contenus affectifs et cognitifs plus ou moins parents entre les différentes générations de représentations. Un autre constat à propos du caractère transgénérationnel des représentations sociales est qu'à travers les époques, des images se relaient qui connaissent des modifications, qui sont influencées par les pratiques culturelles. Un groupe confronté à un nouvel objet social va générer une représentation sociale à l'aide des interactions vécues au sein du groupe. Une représentation peut aussi être modifiée sous l'action d'une pratique sociale et inversement une pratique sociale peut être influencée et modifiée par un changement ou l'apparition de représentations sociales (Flament et Rouquette, 2003b).

Willhem Doise a présenté à propos de la dynamique des représentations sociales la théorie des principes organisateurs. Cette théorie explique comment les individus développent et s'approprient des opinions, des attitudes et des stéréotypes à l'intérieur des groupes. Pour Doise, la dynamique représentationnelle s'élabore à travers les postures et les rôles que les personnes s'attribuent au sein des groupes. Sous l'influence de la pensée de Bourdieu, Doise soutient que la position au sein du groupe d'appartenance a une incidence sur le point de vue que les personnes adoptent à propos d'un objet social. Point de vue qu'elles façonnent en conservant

les principes organisateurs de la représentation sociale partagée par l'ensemble du groupe d'appartenance (Negura et Maranda, 2004, p.132).

#### 2.2.8 Caractère particulier des représentations sociales

Pour Moliner (1996), tout objet social (notion, pratique, phénomène physique, forme d'organisation, personnage, etc.) n'engendre pas nécessairement une représentation sociale. Pour être reconnue comme telle, une représentation sociale doit réunir un certain nombre de critères quant à l'objet lui-même : a) cet objet doit être de nature polymorphe, c'est-à-dire qu'il apparaît sous différentes formes dans la société (par exemple, la maladie mentale ou le travail existent sous plusieurs formes) ; b) la maîtrise de la notion liée à cet objet doit être un enjeu identitaire et de cohésion pour les différents groupes sociaux concernés par cet objet ; c) l'objet visé n'est pas spécifique, mais assez général. Par ailleurs, pour qu'il y ait élaboration d'une représentation, le groupe considéré ne doit pas être soumis à une idéologie qui régulerait la production et le contrôle des informations et des connaissances à propos de l'objet (Moliner, 1996, p. 35-46).

#### 2.2.9 Intérêt de l'étude des représentations sociales pour la science

À la suite des travaux de Moscovici, plusieurs chercheurs provenant d'horizons théoriques divers se sont intéressés aux représentations sociales. Cette notion située à l'interface du psychologique et du social s'est révélée très intéressante pour l'ensemble des sciences humaines. C'est pourquoi elle est présente en sociologie, en anthropologie et en histoire (Jodelet, 1989a, p.57). Chacun des champs théoriques des sciences sociales a mis l'accent sur des « aspects spécifiques des phénomènes représentatifs » (*Ibid*, p.59), apportant un nouvel éclairage au concept et y révélant des facettes particulières.

Les recherches en psychologie sociale réalisées à propos des représentations sociales peuvent, selon Jodelet et Ohana (1997), se répartir en deux tendances.



D'une part, les travaux qui visent à dégager les caractéristiques et les modalités de fonctionnement des représentations sociales (Codol, 1969 ; Herzlich, 1969 ; 1972 ; Doise et Palmonari, 1986 ; Farr, 1987), d'autre part, les recherches qui tentent de mettre en lumière les processus cognitifs actifs dans la perception et l'interprétation de l'environnement social (Abric, 1970; Doise 1976; Faucheux et Moscovici 1968; Flament 1984, 1994; Jodelet 1984, 1989).

L'intérêt d'étudier les représentations sociales est de comprendre comment la représentation d'un objet peut influencer les comportements et les pratiques. Ainsi, plusieurs études ont particulièrement mis en perspective les représentations sociales de la santé mentale et des pratiques d'intervention. Par exemple, Christian Guimelli (1994) s'est intéressé aux représentations sociales des infirmières ; Denise Jodelet (1989a), a étudié les interactions et les représentations des citoyens et des intervenants sociaux de la localité d'Ainay-le-Château dans le cadre d'une désinstitutionnalisation des personnes considérées comme « folles » ; Serge Moscovici, quant à lui, s'est intéressé à la transformation, au sein de la population, du discours scientifique concernant la psychanalyse (1961). Dans le cas de notre recherche, nous nous sommes questionnés sur l'impact des représentations liées à la notion de « trouble alimentaire » adoptées par les travailleuses sociales rencontrées sur les pratiques d'intervention.

Une des pionnières dans l'étude de l'influence ou du rôle des représentations sociales sur les conduites et les pratiques est la sociologue française Claudine Herzlich. Dans son ouvrage *Santé et maladie. Analyse d'une représentation sociale* (1969), elle montrait que la fonction d'orientation des conduites est essentielle aux représentations. Par ailleurs, une même représentation peut être à la source de conduites différentes. Dans ces circonstances, la représentation sert de modulateur des conduites. Pour Abric (1994), il y a une relation indubitable entre représentations et pratiques sociales : l'une et l'autre seraient liées par une

interaction continue. Par exemple, dans l'analyse des pratiques sociales, il est impératif de tenir compte, d'une part, des facteurs sociaux (les conditions sociales, historiques et matérielles d'insertion de la pratique) et, d'autre part, des facteurs cognitifs (valeurs, croyances, symbolique et représentation) propres à l'individu. L'intervenante va s'approprier la pratique, soit en s'y adaptant, soit en la transformant, étant donné que « toute contradiction entre les représentations sociales et des pratiques amène nécessairement la transformation de l'une et de l'autre » (*Ibid*, p.237).

## CHAPITRE III

### LES DIMENSIONS MÉTHODOLOGIQUES

#### 3.1 La stratégie générale de recherche

Le but principal de cette recherche est d'explorer et de prendre conscience de certaines situations d'intervention en santé mentale en mettant en perspective ce qui est considéré comme problématique et normal dans notre société. Cette exploration ne vise pas à infirmer ou à confirmer des hypothèses, mais à recueillir une information assez spécifique pour nous permettre d'identifier, à travers les discours des intervenants, les représentations sociales et les idéologies véhiculées par celles-ci. Notre démarche est donc inductive dans le sens où c'est à partir du matériau brut qu'émergeront les questionnements et les constats (Dépelteau, 1998, p.56).

Idéalement, l'étude des représentations sociales exige une approche pluri-méthodologique mais, comme le fait remarquer Tremblay (2005), une telle démarche est exigeante et, compte tenu de nos moyens limités en temps et en ressources financières, c'est par le biais d'une recherche qualitative employant l'analyse de contenu que cette exploration a eu lieu.

#### 3.2 L'échantillon

Notre population de « praticiennes » était composée d'un homme et de sept femmes, toutes détentrices d'une formation en travail social, dont une technicienne et sept universitaires. Cinq de nos participantes étaient âgées de moins de 40 ans. La plupart d'entre elles étaient à l'emploi d'institutions publiques, les autres pratiquaient de manière autonome ou étaient à l'emploi d'organismes



communautaires. Toutes intervenaient directement auprès des personnes vivant des troubles alimentaires et chacune d'elle détenait une expertise de plus de douze mois auprès de ces personnes. En ce qui a trait à la quantité d'entrevues nécessaires pour constituer un échantillonnage « praticiens » valable et utilisable pour notre recherche, nous avons établi dès le départ avec notre directeur de recherche qu'un minimum de six et un maximum de huit entrevues seraient nécessaires au bon déroulement du projet de recherche. Ainsi, huit entrevues ont été réalisées entre le 3 et le 30 avril 2013.

Tableau 3.1 Description de l'échantillon

SEXE	ÂGE	SCOLARITÉ	LIEU DE PRATIQUE	EXPÉRIENCE TRAVAIL SOCIAL	EXPÉRIENCE TROUBLE ALIMENTAIRE
Homme (n = 1)	+ de 40 ans (n = 3)	Technique (n = 1)	Institution (n = 5)	0 à 5 ans (n = 1)	0 à 5 ans (n = 4)
Femmes (n = 7)	- de 40 ans (n = 5)	Bacc (n = 1)	Privé (n = 2)	6 à 10 ans (n = 4)	6 à 10 ans (n = 2)
	Moyenne 40,5 ans	Maîtrise (n = 7)	Communautaire (n = 1)	21 ans et + (n = 3)	11 à 15 ans (n = 1)
					21 ans et + (n = 1)

Avant de procéder au recrutement des participantes, nous avons tout d'abord effectué un recensement des milieux de pratique qui offraient des services curatifs aux personnes vivant des « troubles alimentaires ». À cet effet, le site web d'Anorexie boulimie Québec (ANEB) (2013) et le bottin du Centre de référence du grand Montréal (2012) ont été particulièrement utiles. Une fois cette liste établie, nous sommes entrés en contact avec ces organisations afin d'inventorier les candidates répondants à nos critères d'inclusion. Ainsi a été dressée une liste d'intervenantes sociales spécialisées en « santé mentale » et plus particulièrement en « troubles alimentaires ». C'est par un courriel individualisé que nous avons invité ces personnes à participer à notre projet. L'envoi comprenait, outre

l'invitation de participation, la certification éthique émise par l'Université du Québec à Montréal (UQAM), l'objectif de notre recherche et le formulaire de consentement éclairé (voir appendices B, C et D). Par la suite, c'est par voie téléphonique que nous avons fait une relance auprès des personnes ciblées. C'est à cette occasion que nous nous sommes enquis de leurs dispositions et intentions de participation face à notre projet de recherche. En cas de réponse positive, nous profitons du moment pour organiser un rendez-vous. La majorité des entretiens ( $n = 7$ ) a été effectuée sur le lieu de travail des participantes.

### 3.4 La méthode et les instruments de collecte de données

Nous avons opté pour l'entretien de type semi-dirigé à questions ouvertes comme méthode de collecte des données. Selon Poupart (1997, p.175) cette méthode est particulièrement intéressante pour appréhender l'expérience des intervenantes. Elle permet de respecter la perspective dans laquelle elles perçoivent la problématique étudiée, ainsi que le sens qu'elles donnent à leurs actions. De plus, ce type d'entretien accorde une grande liberté à l'interviewée, et le rôle du chercheur est alors seulement de guider la personne vers le sujet de recherche. À cet effet, une grille d'interview (voir appendice A) proposant les thèmes à aborder a servi de cadre. Ainsi, lors des entretiens que nous avons réalisés, les questions ouvertes ont servi à entamer le dialogue et à aborder le sujet principal, tout en laissant à l'intervenante l'espace nécessaire à l'élaboration (Dépelteau, 1998, p. 319-327). Les désavantages de cette méthode sont liés, d'une part, au fait que les données recueillies peuvent être contaminées par la subjectivité de l'enquêteur (Dépelteau, 1998, p.344) ; d'autre part, la souplesse du cadre est susceptible, dans certains cas, de déstabiliser les participantes qui sont plus à l'aise avec un cadre plus rigide (Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p.172).

Avant de mettre le processus de cueillette d'information en branle, nous avons suivi les recommandations de Van Campenhoudt et Quivy (2011, p.157), en testant



préalablement le questionnaire et notre capacité d'observation. C'est par une entrevue avec une intervenante sociale en santé mentale qui ne faisait pas partie de notre échantillon que nous avons réalisé ce test. Cette avant-première nous a permis de mettre à l'épreuve notre grille d'entretien, d'en détecter les questions déficientes ou peu pertinentes et enfin de pallier aux oublis et aux ambiguïtés qui peuvent surgir lors de certaines réponses.

### 3.5 Les méthodes d'analyse des données

Malgré le fait que l'étude des représentations sociales exige généralement l'emploi de plus d'une méthode d'analyse, il est possible d'obtenir, selon Lilian Négura (2006), des résultats pertinents avec l'emploi de méthodes qualitatives et d'analyse de contenu dans l'exploration des représentations sociales. D'ailleurs, l'auteur fait remarquer que la théorie des représentations sociales a pris naissance avec l'analyse de contenu. En effet, Moscovici a largement utilisé cet outil dans son étude sur la psychanalyse (1961).

En effet, le discours et la communication sont à la base du processus de formation des représentations sociales et l'analyse de ces interactions permet d'en saisir le fonctionnement (Negura, 2006). Nous avons aussi utilisé comme méthode de collecte de données un exercice d'association libre autour des inducteurs « trouble alimentaire » et « travail social », données qui par la suite ont été traitées à l'aide de la technique prototypique préconisée par Vergès (2001). Le but de ce traitement est de déduire de l'ensemble des énoncés la structure des représentations sociales des concepts « trouble alimentaire » et « travail social ». Ainsi une fréquence et un rang d'apparition ont été accolés à chacun des mots énoncés lors de cet exercice d'association libre. Le croisement de ces paramètres a permis de regrouper, suivant l'approche structurale proposée par Jean-Claude Abric (1994) les différents concepts dans quatre cadrans déterminant la structure de la représentation en ses éléments périphériques et centraux.



Pour l'analyse de l'ensemble du corpus de données obtenues lors des entretiens semi-directifs, nous avons procédé avec l'analyse de contenu. Cette méthode de codage traite de manière méthodique des informations et des témoignages qui présentent un certain degré de profondeur et de complexité. De plus, cette méthode vise à découvrir la signification d'un message et d'en faire ressortir les idéologies. Elle permet enfin de satisfaire aux exigences de la rigueur méthodologique (Dépelteau, 1998, p.295 ; Van Campenhoudt et Quivy, 2011, p.207). L'analyse des entretiens s'est effectuée en continu, c'est-à-dire que nous avons construit un arbre thématique au fur et à mesure de l'analyse de l'ensemble des discours. Ainsi, au fil de ce processus s'est dessiné un arbre thématique qui a regroupé l'ensemble des propos des travailleuses sociales interrogées. Cet arbre comprend cinq branches : la formation académique, l'expérience professionnelle, les représentations sociales liées au concept de « trouble alimentaire », les représentations sociales concernant la pratique professionnelle des travailleuses sociales et enfin l'intervention auprès des personnes vivant des « troubles alimentaires ». Nous avons utilisé le logiciel informatique *MaxQda* pour coder et analyser les corpus des entretiens.

Selon Dépelteau (1998, p. 296 - 300), cette méthode d'analyse est avantageuse à plus d'un titre : elle permet de scruter de manière rigoureuse l'univers mental d'un individu ; elle donne accès à des phénomènes latents et inconscients ; elle permet de faire des études comparatives de la production de discours venant d'acteurs différents, occupant des positions sociales et des espaces temporels différents ; elle permet d'étudier des phénomènes en profondeur, dans le détail, avec attention et précision ; et, enfin, elle laisse place à la liberté interprétative du chercheur. Le principal désavantage de cette méthode est, d'après l'auteur, dû au fait que ses modalités d'application sont énergivores en temps et en énergie. En effet, la cueillette des informations, la transcription des entrevues et le codage des documents sont des étapes fastidieuses. L'analyse de contenu contient aussi des biais. L'un d'eux est lié au fait que l'analyse ne porte que sur une perception de la

réalité, soit celle du chercheur. Celui-ci court alors le risque de confondre cette perception avec la réalité. L'utilisation de cette méthode exige donc de la part du chercheur une attention particulière, sa subjectivité étant susceptible d'influencer l'interprétation des données.

### 3.6 Les limites de l'étude

Cette recherche comporte plusieurs limites. La taille de l'échantillon et la méthode d'analyse en sont deux importantes. De plus, les participantes qui ont été interrogées lors de cette étude l'ont été sur une base volontaire, et n'ont pas été sélectionnées d'après un échantillon aléatoire, ce qui peut entraîner un biais déformant la réalité des travailleuses sociales œuvrant dans ce secteur de la santé mentale. Une autre limite de l'étude est le biais lié à la subjectivité du chercheur. Ainsi, les préjugés et valeurs du chercheur peuvent biaiser l'interprétation des éléments recueillis et l'étude d'une manière générale.

## CHAPITRE IV

### LES CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES

Dans le cadre du cursus de la maîtrise en travail social, nous avons dû participer à une formation sur les principes éthiques et les pratiques habituelles de la recherche avec des êtres humains. Cette formation offerte par le Groupe en éthique de la recherche du gouvernement du Canada (Les trois conseils, 2010) a été complétée en ligne en septembre 2012. Un projet de mémoire a par la suite été déposé devant le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la faculté des sciences humaines (CÉRPÉ) qui a donné son aval au projet par un certificat émis le 14 février 2013 (voir appendice C). Le CÉRPÉ s'est donc assuré, lors de la révision de mon projet de mémoire, que seraient respectés chez les participantes à notre étude, leur consentement libre et éclairé, leur dignité humaine et leur intégrité morale, et que, par ailleurs, leur anonymat serait préservé à toutes les étapes de production de notre projet.

#### 4.1 Consentement éclairé

C'est lors du premier contact écrit avec les candidates potentielles qu'ont été présentés les buts de ma recherche et ce que nous attendions d'elles. Était jointe à cet envoi une copie du certificat éthique émis par le CÉRPÉ. Par la suite, si les candidates potentielles se montraient intéressées, un document les informant de la teneur de la tâche demandée (Appendice B), du temps devant y être consacré, de leurs droits et des mesures prises pour le respect de la confidentialité leur était envoyé. L'ensemble de ces documents informatifs leur permettait de prendre une décision libre et éclairée.



Dans le but de respecter la confidentialité et l'anonymat des participantes à notre projet, tous les noms, lieux de pratique, lieux de formation, et bien sûr toutes les informations personnelles des participantes ont été sciemment érudées, et parfois même tronquées directement à la transcription des entretiens. Chacune des retranscriptions a été archivée sous un numéro, et c'est à l'aide de ce numéro que sont identifiés, dans le présent texte, les différents témoignages.

#### 4.2 Confidentialité et conservation des données

Comme membre en règle de l'Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OTSTCFQ), nous avons respecté les principes de confidentialité auxquels les adhérents de cet ordre professionnel sont tenus de se conformer. Ainsi, aux paragraphes 3.06.01, 3.06.05 et 3.06.08 du code de déontologie de l'OTSTCFQ, il est stipulé que le travailleur social doit respecter le secret à propos de tout renseignement de nature confidentielle obtenu dans l'exercice de sa profession. Lors de l'utilisation d'informations recueillies auprès des clients à des fins didactiques ou scientifiques, l'identité des participants doit être cachée. Seuls le client ou une ordonnance légale peut autoriser la divulgation des dits renseignements. Il est aussi de la responsabilité professionnelle du travailleur social de conserver les documents confidentiels hors de portée du public, pendant une période de cinq ans, dans un endroit fermé à clé et, lorsque ces renseignements sont sur support informatique, de s'assurer que l'accès à l'ordinateur contenant lesdites informations est verrouillé ainsi que les logiciels permettant la lecture des données (OTSTCFQ, 2009, p.27).

#### 4.3 Risques et avantages de la recherche pour les sujets

Nous croyons que le principal avantage pour les participantes collaborant à ce projet d'étude est de pouvoir prendre un temps d'arrêt et de réflexion à propos de notions comme celles de « trouble en santé mentale », de « travail social » et

d'« intervention ». Couturier et Huot (2003, p.121) ont mis en évidence le fait que, pour les professionnels du travail social, cette difficulté à dire la pratique avait une incidence sur l'identité professionnelle. À cet égard, la prise de conscience exigée lors de nos entretiens de recherche pourrait être un moyen pour les praticiennes de réfléchir leur pratique professionnelle. En outre, cette forme d'introspection et de mise à jour de la subjectivité permet de mieux se connaître comme individu, comme intervenant : plus nous nous comprenons, plus nous serons habiles à comprendre l'autre (Miller, 1986, p.14). Un autre avantage possible est lié à la lecture du rapport de recherche qui pourra contribuer à l'élargissement des connaissances à propos des « troubles alimentaires » et, peut-être, concourir à élargir la compréhension de cette problématique et permettre de nouvelles voies pour l'intervention.

Quant aux risques encourus par les sujets, ils sont essentiellement d'ordre psychologique. Ces conséquences, de par leur nature, sont plus difficiles à circonscrire et leurs répercussions plus subtiles. Mais, étant donné que les travailleuses sociales rencontrées ne vivent pas elles-mêmes les « troubles alimentaires », nous estimons que les risques psychologiques sont plutôt faibles. De plus, il était convenu avec les participantes que l'entretien pouvait être interrompu à leur demande si certaines questions étaient jugées embarrassantes.





## CHAPITRE V

### LES RÉSULTATS

Nous présentons dans ce chapitre les résultats de notre cueillette de données, effectuée entre le 3 et le 30 avril 2013 auprès de huit travailleuses sociales dans leur milieu de travail. Ces résultats ont été répartis en cinq thèmes qui correspondent au déroulement de l'entretien semi-directif. Dans le premier et le deuxième thème sont abordées les expériences académiques et professionnelles. Le troisième thème englobe les propos et les opinions de nos intervenantes sur la notion de « trouble alimentaire ». Les quatrième et cinquième thèmes regroupent les perceptions de nos participantes quant au travail social et à leur rôle spécifique comme professionnel de la santé mentale.

#### 5.1 Thème n° 1 : la formation en travail social

##### 5.1.1 Les opinions à propos du cursus en travail social

Précisons tout d'abord que toutes les personnes rencontrées dans le cadre de notre étude ont une formation en travail social. Une d'entre elles a reçu une formation technique en travail social et poursuivait, au moment de notre rencontre, des études universitaires à temps partiel dans le but d'obtenir un baccalauréat par cumul de certificats. Une autre était détentrice d'un baccalauréat en travail social. Trois avaient obtenu une maîtrise en travail social après un parcours universitaire menant à l'obtention d'un baccalauréat dans des disciplines connexes au travail social : psychologie, psychoéducation, anthropologie et toxicologie. Trois autres avaient

poursuivi leurs études à la maîtrise après avoir obtenu un baccalauréat en travail social.

Dans l'ensemble, les travailleuses sociales rencontrées reconnaissent que les études universitaires leur ont permis de développer leur réflexion et de prendre conscience de l'ampleur de l'influence de l'environnement social sur le développement de l'individu. Par ailleurs, elles identifient certaines lacunes et des limites à cette formation universitaire. Elles nomment principalement le manque de rigueur scientifique et la trop grande distance entre les aspects théoriques et les pratiques de terrain. Le stage professionnel a été apprécié comme une étape importante de la formation en travail social qui, dans certains cas, a permis de confirmer l'orientation professionnelle et, parfois même, d'offrir un milieu de travail à l'étudiante finissante. Pour certaines, la poursuite d'études universitaires de deuxième cycle en travail social leur a permis d'approfondir leurs connaissances à propos d'une problématique particulière et aussi d'acquérir certains outils d'intervention. Généralement, les intervenantes jugent que la formation académique de base n'est pas une finalité en soi et la formation continue est jugée importante. À cet effet, le milieu de pratique et les formations qui y sont proposées, les collègues et les lectures sont nommés comme des sources importantes de formation continue.

#### 5.1.5 Les motivations pour devenir travailleuse sociale

Ce qui a poussé ces femmes à embrasser la carrière de travailleuse sociale est lié à diverses expériences personnelles et professionnelles que nous présentons dans le tableau 4, *Mes motivations pour devenir travailleuse sociale*. En haut de ce tableau se retrouvent *les expériences personnelles et familiales* qui rassemblent les expériences de vie nommées comme étant décisives dans le choix de carrière. Elles nomment entre autres le fait d'avoir été une enfant adoptée, ou encore le divorce des parents. À cet égard, les participantes soulignent le rôle qu'elles jouaient au sein de leur famille ou encore les valeurs qui y étaient partagées. Les voyages en famille

sont aussi des occasions de vivre des expériences marquantes qui ont donné le goût d'explorer la nature humaine. L'orientation professionnelle des parents en a influencé certaines. Nous retrouvons ici le rôle de la famille comme courroie de transmission de la culture et de valeurs comme le respect, le partage, l'altruisme, le don de soi, etc. Dans une certaine mesure, le rôle joué par les parents imprime dans l'inconscient des enfants des représentations liées au rôle professionnel.

*La rencontre avec une personne significative*, que ce soit dans l'environnement académique ou social, est déterminante dans le choix de la formation académique. Ces rencontres marquantes avec une professionnelle, professeure ou intervenante extérieure au cercle familial, qui porte un regard attentionné ou même apporte une aide bienveillante, viennent cristalliser, chez la jeune personne en devenir, un rôle idéal, un modèle de référence, une manière d'être et même de se définir.

D'autres ont été motivées par un *intérêt pour le fait social, le global*. Elles ont choisi le travail social parce qu'elles désiraient élargir leur vision de l'être humain au-delà de la personne, au-delà du psychologique. Les théories explicatives du comportement humain leur semblaient trop collées à l'aspect médical et elles souhaitaient élargir leur vision sociale. Ou encore, c'était pour elles une manière de se rapprocher des gens, de les aider dans le but de leur offrir un avenir meilleur.



Tableau 5.1 Mes motivations pour devenir travailleuse sociale

---

**Thème 1 Les expériences académiques**


---

Les expériences personnelles et familiales

La rencontre d'une personne significative

Un intérêt pour le fait social

Un désir de comprendre

Un choix pratique

Pour certaines, *le désir de comprendre* l'être humain dans sa globalité a été un élément important dans leur orientation professionnelle. Ce sont les valeurs humanistes, le goût pour la compréhension de l'autre et son bien-être qui émergent ici. C'est aussi une manière de mieux se comprendre soi-même, de se développer. Nous pouvons aussi interpréter ce désir de comprendre l'être humain dans sa complexité, sa globalité comme étant lié au large rayon d'action du travail social.

Enfin, pour certaines, il s'agissait *d'un choix pratique*. Elles ne souhaitent pas entreprendre des études trop longues, et l'opportunité d'adhérer à un ordre professionnel à la fin du baccalauréat a été déterminante dans leur choix de carrière. D'autres, plus spontanées, parlent de leur choix de carrière comme d'un coup de tête, se laissant porter par leur intuition ou les circonstances du moment.

Ces femmes avaient donc une représentation préalable du travail social liée à la compréhension de la complexité de l'être humain. En choisissant cette profession, elles souhaitent se doter d'outils afin de se rapprocher des gens, de les écouter et aussi de leur venir en aide.

## 5.2 Thème n° 2 : cheminement professionnel

Nous avons constaté que le champ d'expertise de nos participantes est vaste et rejoint des personnes de tous les groupes d'âge, de tous les milieux sociaux et qui ont vécu diverses problématiques liées à la déficience intellectuelle, à la délinquance, à la santé mentale et à la psychiatrie en général. Chez les participantes, les premiers contacts avec le terrain ont été l'occasion de remettre en perspective certaines réalités. Ce fut aussi le lieu de la rencontre avec la maladie mentale et la souffrance : « La souffrance de l'autre nous interpelle et, si on ne sait comment l'aborder, on tente de l'éviter » (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013). Ce contact a été vécu comme une expérience fascinante et parfois difficile qui n'a pas laissé nos participantes indifférentes. Ce fut aussi pour certaines une occasion de confirmer leur orientation professionnelle.

Pour l'ensemble des intervenantes interrogées, intervenir en contexte de « trouble alimentaire » n'a pas été un choix délibéré, mais un concours de circonstances, une opportunité. Une fois engagées dans ce milieu, les lectures, les rencontres avec les collègues et les formations complémentaires, dispensées par le milieu de pratique ou divers organismes, ont permis de se renseigner sur le phénomène et la problématique afin de pouvoir intervenir adéquatement.

## 5.3 Thème n° 3 : les opinions à propos du « trouble alimentaire »

### 5.3.1 À propos de la notion de « trouble mental »

Définir cette notion ne va pas de soi et en a amené plusieurs à prendre un temps de réflexion avant de répondre : « Ah ! mon Dieu ! Ça c'est théorique hein, la notion de troubles ! [...] Ouf, c'est dur comme, je me suis jamais demandé ça là. » (6<sup>e</sup> entretien, 17 avril 2013). En rassemblant les différents points de vue des participantes, nous pouvons dire que les contours du « trouble » sont difficilement cernables et ne conviennent pas à tous les cas. Ces propos rejoignent ceux du



sociologue Henri Dorvil (1988, p.50), lorsqu'il évoque la difficile différenciation, et même la confusion, qui peut exister chez les intervenants, voire au sein de la population, entre les notions de santé ou de maladie mentale, qui contrairement à la santé physique, peut clairement être établi selon des critères objectifs.

[...] le trouble ça reste pour moi [...] une espèce de continuum où c'est difficile de terminer quand c'est un trouble, puis quand ce n'est pas un trouble, puis quand ça doit être médical, quand ce n'est pas médical. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013)

Pour nos intervenantes, ce qui est à la source d'un « trouble », c'est la prise de conscience d'un manque. Ce manque peut provenir du fait que l'on réalise que jamais nous n'avons eu « ce quelque chose » que tout le monde a, ou encore que nous l'avions « ce quelque chose », mais que nous l'avons perdu. Ces prises de conscience sont génératrices de souffrance et peuvent entraîner un dysfonctionnement social et/ou biologique. En soi, cette interprétation du « trouble » comme une mise en regard de soi par rapport à l'autre revêt un aspect culturel indéniable. Pour les travailleuses sociales, la notion de « trouble » contient aussi un élément temporel déterminant. C'est l'aspect récurrent et persistant de la souffrance qui trace les contours du « trouble » et qui le distingue comme tel.

Moi, je te dirais la normalité par rapport à la nutrition, mais ça devient anormal quand dans la tête on a des restrictions [...] je pense qu'un trouble, c'est de perdre sa liberté dans sa tête. Quand on a des restrictions qui nous empêchent d'être bien dans notre peau, d'avoir du plaisir, qui m'empêchent de faire ce dont j'ai envie. [...] Puis un trouble, c'est ce qui amène de la souffrance [...] parce que si je n'ai pas de trouble, ben je vais être heureuse dans ce que je mange, peu importe ce que je mange. (6<sup>e</sup> entretien, 17 avril 2013)

[...] c'est quand on parle d'un trouble, on parle d'une récurrence, généralement d'un épisode assez sévère, mais eh...parce qu'on peut vivre un épisode de dépression, pis ce n'est pas un trouble nécessairement, je pense que c'est une sévérité pis une récurrence, je dirais, pour dire que c'est un trouble, je vois un trouble comme étant vraiment des dysfonctions qui ont un impact sur la personne à moyen long terme [...]. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)



### 5.3.2 Les opinions sur la notion de « trouble alimentaire »

Nous présentons dans le tableau 5, *Association libre avec « trouble alimentaire »*, les résultats à la question suivante : « Nommez-moi cinq mots qui, pour vous, évoquent “trouble alimentaire” ». Le but de cet exercice était de faire ressortir, selon la théorie d’Abric, les composantes de la représentation sociale du « trouble alimentaire », soit le noyau central et les éléments périphériques. Cet exercice a généré 47 réponses spontanées, dont 20 réponses différentes. Les concepts recueillis sont regroupés en quatre quadrants où, entre parenthèses est indiqué le nombre d’occurrences et le rang moyen. C’est le croisement de ces paramètres qui nous a permis de produire les quatre cadrans présentés au tableau 5. Le quadrant du coin supérieur gauche (a) contient les concepts les plus fréquemment mentionnés. Ces éléments constituent selon Abric (2003, p.64) les éléments centraux du système de la représentation.

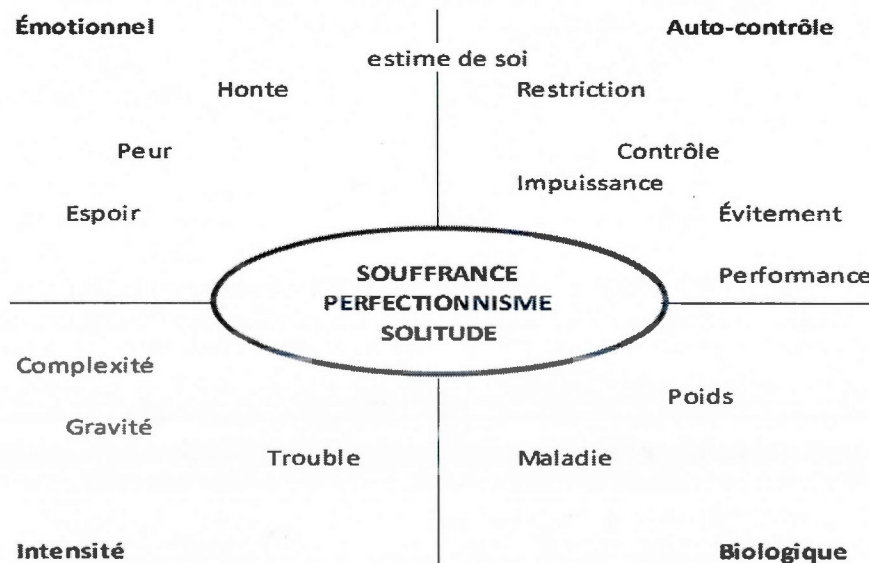
Tableau 5.2 Association libre avec « trouble alimentaire »

Thème 3 Représentations sociales du trouble alimentaire		
a	ordre d'évocation < 3	ordre d'évocation > 3
	Fréquence > 2	
	souffrance (4; 1,75) perfectionnisme (3; 2,33) solitude (2; 2)	restriction (3; 3) contrôle (3; 3,33) estime de soi (3; 4) poids (3; 4,66) espoir (2; 3,5) complexité (2; 4) émotionnel (2; 5)
c	ordre d'évocation < 3	ordre d'évocation > 3
	Fréquence < 2	
	honte (1; 1) évitement (1; 1) trouble (1; 1) maladie (1; 1) performance (1; 1) peur (1; 2) impuissance (1; 2) gravité (1; 3)	prendre sa place (1; 4) corps (1; 4) culpabilité (1; 4) chronicité (1; 4) société (1; 5) incompréhension (1; 5) image (1; 6)

La première périphérie est constituée des concepts situés dans les sections b et c. La dernière section (d), située en bas à droite, rassemble les éléments les moins fréquemment cités et représente la deuxième périphérie.

Afin de donner une idée plus claire de la représentation « trouble alimentaire », nous avons, dans le tableau 6, *Structure de la représentation « trouble alimentaire »*, disposé, autour des éléments nodaux, les éléments de la première et de la deuxième périphérie. Nous constatons, selon la théorie structurelle de la représentation sociale d'Abric, que le noyau central de l'objet « trouble alimentaire » se compose des notions « souffrance », « perfectionnisme » et « solitude ». Ce sous-ensemble de la représentation sociale organise et donne son sens à la représentation. C'est un élément stable et unificateur qui est partagé par les individus d'un même groupe et qui permet la reconnaissance de l'objet social au sein du groupe (Abric, 2001, p.43).

Tableau 5.3 Structure de la représentation « trouble alimentaire »



Les éléments qui évoluent autour du noyau central sont le reflet des différences individuelles. La périphérie, cette partie de la structure qui donne ses caractéristiques à la représentation, permet en outre la stabilité du noyau central (Moliner, 1996). Dans l'objet « trouble alimentaire », nous avons regroupé certains de ces éléments qui gravitent autour du noyau. Par exemple, nous avons associé au discours biomédical les éléments « maladie » et « poids ». Certains autres éléments ont été associés aux notions d'autocontrôle (impuissance, restriction, contrôle, performance) et d'émotions (émotionnel, honte, peur). Les autres éléments de la première périphérie pourraient être associés à une expérience globale ou à l'intensité.

Suite à ce premier exercice, nous avons demandé à nos participantes d'étayer leur compréhension personnelle de la notion de « trouble alimentaire ». Nous avons regroupé ces réponses dans le tableau 7, *Description de la notion de trouble alimentaire*.

Dans leur interprétation de la notion de « trouble alimentaire », les intervenantes sont conscientes de la complexité de la problématique et de ce que vivent les personnes. Ce « trouble » est lié à des aspects bio-psycho-sociaux et il est souvent associé à d'autres problématiques comme la consommation de drogues ou des troubles de la personnalité. En raison de ces différents aspects et de la complexité de la problématique, il est par ailleurs difficile de généraliser le profil des personnes atteintes.

C'est un trouble psychiatrique complexe. Il y a plusieurs facteurs qui vont entrer là-dedans, il y a un aspect biologique, c'est sûr, d'après les recherches, on trouve ça de plus en plus avec une sensibilité vraiment psychologique personnelle et aussi la pression de la société qu'on habite [...]. (2<sup>e</sup> entretien, 8 avril 2013).

[...] ça me frappe à quel point ça devient complexe que ce soit rendu rare qu'on va voir quelqu'un qui vit un trouble alimentaire, je dois dire purement un trouble alimentaire, uniquement un trouble alimentaire, il me semble, on en voit de plus en plus [...]. (4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013).



Tableau 5.4 Description de la notion de TA

<b>Thème 3 Représentations sociales du trouble alimentaire</b>	
<b>Ma vision de la problématique</b>	<b>Rôles et conséquences du comportement</b>
Complexité bio-psycho-social	Une adaptation aux stressseurs et aux émotions
« Trouble » avec emphase sur l'alimentation	Se couper du groupe
Le comportement alimentaire une lucarne sur le psychique	Rapprocher les parents séparés

Ce qui est reconnu d'emblée par les intervenantes, c'est la complexité du « trouble » et ses aspects psychologiques et sociaux qui se manifestent de manière différente et spécifique selon les individus. Il est clair pour les répondantes qu'il s'agit d'un « trouble » de l'alimentation. Les intervenantes signalent que la problématique des « troubles alimentaires » est en expansion. Certaines voient les symptômes et les comportements comme une lucarne sur le psychisme. Pour d'autres, ces comportements sont une forme d'adaptation à l'environnement, aux éléments stressants et aux émotions difficiles. Parfois, inconsciemment, le « trouble » sert à réparer le milieu familial en rapprochant les parents séparés. Les conséquences pour la personne qui vit un « trouble alimentaire » sont de s'éloigner ou de se couper de son groupe social.

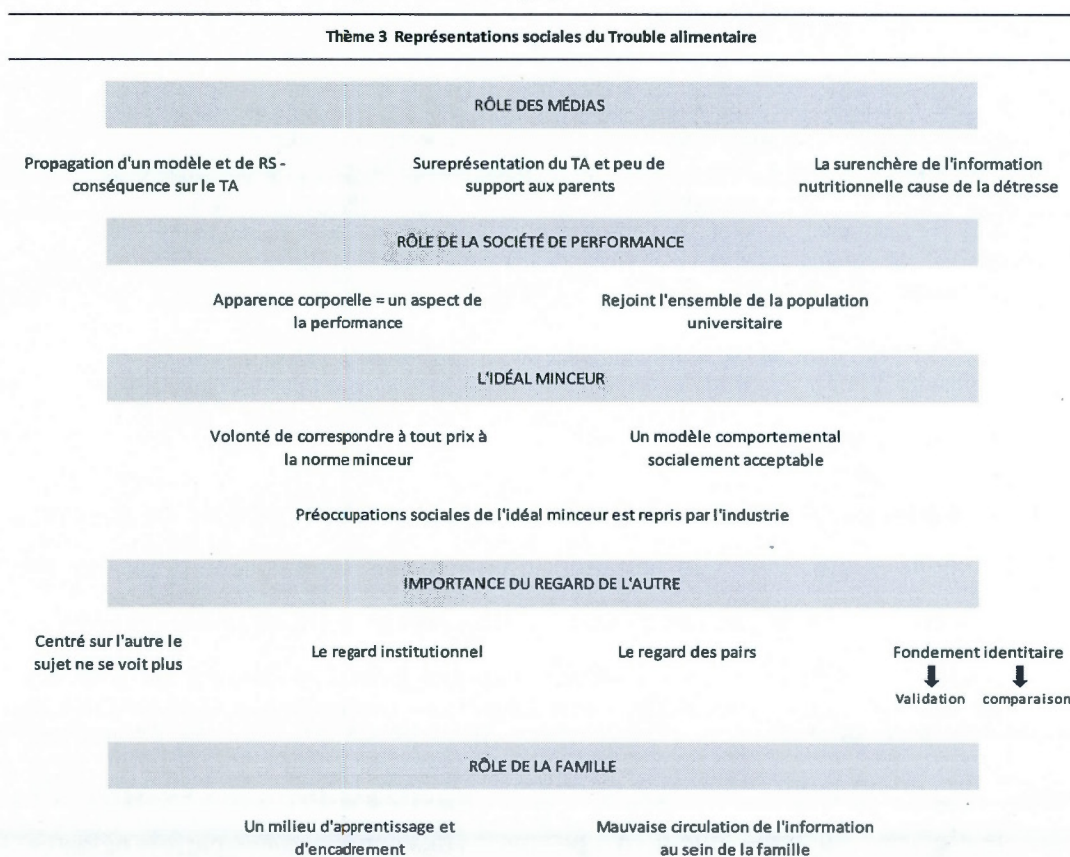
[...] dans le fond, je dirais que c'est une, souvent on va préciser que l'alimentation c'est le symptôme dans le fond, je pense que c'est un symptôme, un symptôme de quelque chose qui ne va pas, je dis quelque chose, parce que bon, ça peut être autant au niveau d'une gestion des émotions qui est plus difficile, d'un amour de soi, qui est absent, fait que je pense que c'est ça, ça parle d'autres choses, ça fait que l'alimentation, je vois vraiment ça comme le symptôme, ça parle de quelque chose, ça fluctue aussi dans le temps [...] tu sais sans vouloir banaliser non plus puis faire du déni, je veux dire regarde ton trouble alimentaire, ce n'est pas à cause de toi, c'est à cause de la société, faut faire attention à ça. (4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

Dans leur compréhension du « trouble alimentaire » et de ses causes, les intervenantes pointent plusieurs pistes et déclencheurs du « trouble ». Nous les avons regroupés sous les aspects sociologiques, psychologiques et biologiques.

### 5.3.2.1 Aspects sociologiques

Le tableau 8, *Aspects sociologiques du trouble alimentaire*, rassemble sous une forme synthétisée les opinions et commentaires des intervenantes rencontrées à propos des aspects sociologiques du « trouble alimentaire » que nous avons regroupés en cinq thèmes. Nous les présentons ici selon leur fréquence d'évocation par les intervenantes.

Tableau 5.5 Aspects sociologiques du « trouble alimentaire »



Le premier thème concerne le rôle des médias et l'impact de l'importante diffusion des messages d'informations nutritionnelles et sur la santé, ainsi que la propagation d'une image de la femme idéalisée. Les descriptions nosographiques et les informations relatives au « trouble alimentaire » sont susceptibles de contaminer



certaines personnes, en particulier les adolescentes, en présentant un profil type relié au « comment manger », « se comporter » et « se présenter », auquel il faut adhérer, au risque d'être considéré comme déviant. Une autre particularité des messages relayés par les médias concerne la multitude des informations en lien avec l'alimentation. Cette masse d'information est génératrice d'anxiété et crée une norme à laquelle certaines personnes tentent de se conformer de manière rigide. Nous pouvons retrouver, dans le discours des intervenantes, les propos de Bourdieu (1982) lorsqu'il évoque le pouvoir normatif du langage tenu par les personnes se prévalant d'une autorité scientifique.

[...] si je pense spécifiquement à la clientèle, c'est sûr que je pense qu'ils vont accorder beaucoup d'importance à tout ce qu'ils vont entendre autour d'eux. Fait que chaque petite phrase qui va paraître banale pour quelqu'un qui n'est pas préoccupé particulièrement, qui a un équilibre au niveau de sa santé mentale, laisserait passer dans le fond, eux, souvent ils l'absorbent. Fait que la moindre petite phrase qui survient est comme enregistrée et vient nourrir cette espèce de discours intérieur là. (4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013).

[...] c'est sûr que sur la nutrition, c'est une autre affaire, parce que là on est bombardés d'informations, qu'est-ce qui est vrai, qu'est-ce qui est pas vrai, pis là, il y a un autre trouble alimentaire qui se développe sur l'obsession des aliments santé [...]. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013).

Comme le souligne Henri Dorvil (1988, p.63), l'objectif inavoué de ce discours « de la bonne santé » est l'instauration d'une forme insidieuse et discrète de contrôle social. Ainsi, largement diffusé, ce discours normatif, empreint de vertu et de bienveillance, s'insinue dans l'inconscient des individus jusqu'à devenir un *modus operandi* auquel ils se réfèrent pour juger de ce qui est bien ou mal et, jusqu'à un certain point, de ce qui est normal ou pathologique. Si l'entreprise de contrôle n'est pas délibérée, elle n'en a pas moins des conséquences parfois néfastes pour les individus.

D'un autre point de vue, certaines des travailleuses sociales rencontrées estiment qu'il y a dans les médias une surreprésentation des « troubles alimentaires » par rapport à l'offre de services aux personnes qui en souffrent, ainsi qu'à leurs parents.



La société et les valeurs qu'elle véhicule sont aussi perçues comme ayant un rôle important dans la prévalence de ce « trouble ». Les personnes interrogées identifient la performance, à laquelle il est impératif de se livrer, et qui se retrouve à tous les niveaux de la société, ainsi que la responsabilisation à outrance des individus. Ces tendances de société créent un climat propice aux développements de mal-être pour celles qui ne peuvent répondre adéquatement aux impératifs prescrits ou qui ont l'impression qu'elles ne pourront jamais y parvenir. L'apparence corporelle, le culte de la minceur et son idéal projeté par les médias de masse ne sont qu'un des aspects de la performance. Derrière l'idéal minceur et le régime se cache la capacité à s'autoréguler et à se gérer. Ainsi, au sein de la famille, la jeune femme qui régule son alimentation et qui est active passe généralement inaperçue parce qu'elle performe dans un rôle qui est socialement acceptable. Il devient alors difficile pour les parents de départager le normal du pathologique. Ces préoccupations acceptées socialement à propos de la minceur ont été reprises par les entrepreneurs commerciaux qui offrent une multitude de moyens, la plupart du temps inadéquats, pour tenter de réguler apparence et comportement alimentaire, créant toute une industrie autour de la minceur.

La performance effectivement, et aussi le rôle à côté de la femme qui a le gros salaire, pis elle a une carrière, pis si lui n'est pas comme ça, il est plus pourvoyeur, là, fait que ça, ça déstabilise les affaires, fait que, je pense qu'en général les gens vivent de la pression, de la performance. Si on acceptait mieux les femmes et leurs rondeurs, ce serait-tu mieux ? Ben, en tout cas, je pense que ce n'est pas juste ça, ça amènerait autre chose, si on avait plus de tolérance sur ce qui n'est pas parfait, sur ce qu'on est, accepté ça, je pense que oui, ça se serait probablement [moins lourd]. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013).

Un autre thème important des aspects sociaux du « trouble alimentaire » est celui de la famille. Elle est perçue par les participantes comme un lieu d'apprentissage et d'encadrement qui peut représenter, pour la jeune personne en devenir, une source de conflit et de désarroi. Ce malaise ressenti intérieurement devra trouver son exutoire afin que se rétablisse un certain équilibre à l'intérieur de la jeune personne.

C'est en adoptant un contrôle sur ses aliments et/ou sur son corps ou en relâchant complètement ce contrôle qu'elle y parviendra.

Tu sais, je me rends compte plus ça va, plus je me rends compte que bon, c'est sûr que le milieu familial n'est pas le seul milieu qu'on côtoie quand on est jeunes, ce n'est pas le seul élément qui va déterminer tout ça, mais en même temps, c'est un milieu où on passe beaucoup de temps puis qui est très marquant, qui est très important dans la vie, donc, je pense qu'on puise beaucoup de choses-là, quand on voit ses parents se déprécier, s'autodévaloriser, être très critique, soit envers eux, soit envers l'enfant, mettons, ou le frère, ou peu importe, je pense que le milieu familial est très présent dans leur apprentissage de ça [...]. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013).

L'importance du regard de l'autre est identifiée comme un élément sociologique important dans la construction identitaire des jeunes. C'est en se comparant et en recherchant la validation des pairs que la jeune personne va opter pour des comportements spécifiques. C'est parfois aussi l'institution qui a un regard réprobateur sur l'apparence ou le comportement. Par exemple, à l'école secondaire, dans les cours d'éducation physique, la pratique de la pesée collective est un moment où sont mises en évidence les normes du poids santé. D'autre part, la jeune personne obnubilée par le regard de l'autre peut manquer de recul et ainsi développer une vision d'elle peu objective qui sera source de détresse et de mal-être.

### 5.3.2.2 Aspects psychologiques

Dans le tableau 9, *Aspects psychologiques et biologiques du trouble alimentaire*, sont regroupés sous quatre thèmes les aspects psychologiques du « trouble alimentaire » qui ont été mis de l'avant par nos participantes. Le thème qui regroupe le plus de commentaires est celui qui traite de la personnalité. Pour certaines intervenantes, les traits de personnalité ne sont pas déterminants dans le trouble alimentaire, tandis que pour d'autres ils lui sont intrinsèquement liés. Trois traits de personnalité, l'anxiété, l'obsession et le contrôle, sont pour les intervenantes susceptibles d'amplifier l'intensité ou la persistance des troubles alimentaires. Les personnalités anxieuses développent des phobies liées à un



modèle corporel ou alimentaire. L'obsession peut se manifester lorsque la personne est obnubilée par ses apports caloriques ou par l'apparence de son corps. Le dernier des traits de personnalité est lié au contrôle. L'autocontrôle permet de départager les comportements anorexiques et boulimiques. Dans un cas, c'est l'hyper-contrôle sur soi et sur ses comportements et, dans l'autre, c'est le « lâcher-prise » total, la perte de contrôle, qui est vécue avec la sensation désagréable de se faire envahir par des comportements inadéquats.

[...] je les vois beaucoup dans le plan, sur le plan de l'intervention, ce n'est comme pas la même personnalité que j'ai en face de moi, quand j'ai des gens, mettons en anorexie ou en boulimie, on dirait, encore là c'est un continuum évidemment, mais j'ai des gens, on dirait, qui sont très, ben ça c'est des gros clichés, mais qui sont beaucoup dans la perfection, dans la performance, le résultat, la droiture, la rigueur et tout ça. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013).

[...] il y a beaucoup, ce sont des personnes, souvent qui ont dans la famille, il n'y a pas seulement des stressés sociaux, mais beaucoup d'anxiété, les familles sont très, y a des personnes, les parents, grands-parents, tout ça, ou les frères et sœurs, y ont souvent de l'alcoolisme, qui cachent l'anxiété, il a souvent des TAGS, des troubles d'anxiété généralisés ou tout ce qui est des TOC, on a beaucoup, alors quand on a une personnalité anxieuse en partant, c'est clair que ça nous enlène encore plus. (6<sup>e</sup> entretien, 17 avril 2013).

Les émotions constituent un pôle important de l'aspect psychologique. L'incapacité pour la personne de supporter des émotions difficiles, ainsi que l'inconfort physique qui les accompagne, fait que la plupart des jeunes filles vivant des « troubles alimentaires » ont des comportements d'évitement face à leurs émotions. Un apport important et parfois débridé de nourriture aura un effet calmant sur les conséquences éprouvantes de l'émotion. La personne développe ainsi des stratégies efficaces afin de se protéger des surcharges émotionnelles.



En terminant, le surmoi, cette partie de soi qui a intégré les normes sociales, peut, s'il est surdéveloppé, engendrer du mal-être et des émotions négatives qui font que la personne vit de la détresse et tente, en adoptant certains comportements, de l'atténuer.

[Les personnes vivant des troubles alimentaires, sont] des gens qui sont très sévères, très critiques envers eux-mêmes pis en même temps, ben gentils envers les autres, ben, je généralise, ce n'est pas toujours de même, mais ouen, beaucoup trop critiques, beaucoup trop sévères envers eux-mêmes. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013)

Tableau 5.6 Aspects psychologiques et biologiques du « trouble alimentaire »

Thème 3 Représentations sociales du trouble alimentaire		
<b>ASPECTS PSYCHOLOGIQUES</b>		
<b>TRAITS DE PERSONNALITÉ</b>		
Pas un facteur déterminant	<b>OU</b>	Composante intrinsèque de la problématique
		Anxieuse
		Obsessive
		Contrôlante
		un facteur d'apaisement
		Le refus du plaisir, l'acèse
<b>ESTIME DE SOI</b>		
Reconnaissance comme individu	S'estimer facilite les interactions sociales	auto compassion acceptation inconditionnelle
<b>LE SUR-MOI</b>		
L'autodépréciation		Suractivité du surmoi
<b>LES ÉMOTIONS</b>		
Générer des comportements d'évitement		Recherche de stratégie pour faire face ou se couper
<b>ASPECTS BIOLOGIQUES</b>		
Facteur précipitant du trouble	Fonctions vitales et physiologiques	Effets physiologiques de la privation calorique sur les neurones

### 5.3.2.3 Aspect biologique

Le dernier des aspects est lié aux facteurs biologiques dans le développement du trouble alimentaire. La plupart des intervenantes voient dans la génétique un facteur qui favorise l'entrée dans le « trouble » mais qui n'est pas déterminant. C'est un environnement spécifique, social ou alimentaire qui permet aux gènes responsables du trouble alimentaire de s'exprimer. Les intervenantes prennent en compte l'impact de la dénutrition ou de la suralimentation chez les sujets vivants des troubles alimentaires, et sont au fait de leurs impacts sur les fonctions cérébrales et l'humeur.

[...] C'est sûr, il y a une interaction génétique environnementale, il y a plein de gens qu'on peut avoir en prédisposition à quelque chose, mais notre environnement fait de ça [...]. Ben, moi je pense qu'on est plus à risque que si on a des facteurs familiaux qui nous entraînent dans la phobie des aliments, pis si génétiquement, on est anxieux, obsessionnels, donc, évitant pis tout ça [...]. (2<sup>e</sup> entretien, 8 avril 2013).

### 5.3.3 À propos de l'évolution historique de la problématique

Lorsqu'il est demandé aux intervenantes de parler de l'évolution historique de la problématique, elles nomment certains mouvements civilisationnels. Elles citent par exemple l'augmentation des responsabilités féminines qui culminent aujourd'hui dans la société contemporaine avec la double tâche de mère et de professionnelle ; les changements de perceptions liés à la santé, à la beauté et aux comportements ; l'augmentation de la pression sociale liée à la performance et au corps ; les changements liés à la norme de genre.

C'est venu, je dirais avec l'évolution de la femme, parce que, avec le féminisme, je me demande si ça a pas entraîné en même temps, une femme très performante, très belle, physiquement, ce qu'on n'avait jamais avant, même moi dans mes années, on parlait jamais d'anorexie. Ben, ça existait sûrement, mais on n'en parlait jamais. [...] Pis je ne me souviens pas que les mannequins étaient maigres, comme on voit là. [...] je me souviens, on voyait des personnes des fois sur la rue, personne maigre, je me souviens que mon Dieu, on se disait, elle a sûrement le cancer. (6<sup>e</sup> entretien, 17 avril 2013).



#### 5.3.4 Comment est vécu et perçu le trouble alimentaire

D'après les intervenantes, les personnes qui vivent des troubles alimentaires interprètent leur situation de manières différentes selon leur capacité d'introspection. Il y a celles qui reconnaissent leurs difficultés et celles qui sont dans le déni. Accepter de se savoir malade peut revêtir plus d'une forme. Il peut s'agir d'une résignation ou de l'interprétation de la situation comme une des conséquences d'une histoire de vie difficile. L'autre pôle, celui du déni, peut-être engendré par une revendication, par la peur de la maladie, par une démonstration de force ou encore par la difficulté de changer de comportement sans modèle de référence.

Oui, je pense que oui. Je pense que ça reste encore tabou, oui la santé mentale, on n'a pas trop envie d'être associée à ça, fait que oui, je pense, pour les jeunes, je pense que ça continue un peu dans cette veine-là, versus aussi, je le vois avec la clientèle qui va avoir peur de cette fameuse étiquette-là, qui vont nous le demander, ben, j'tu folle, j'tu en train de virer de folle, j'tu bizarre, j'tu de même, ils vont beaucoup se questionner que je pense que santé reste quelque chose de mal compris peut-être, qui fait peur. Oui, qui fait peur. (4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013).

Ça dépend de la personne. Il y a une grande différence entre les gens. Il y a des gens qui sont pas trop psychologiques eux-mêmes et ils pensent qu'on va leur donner une pilule qu'ils vont être guéris. (2<sup>e</sup> entretien, 8 avril 2013).

#### 5.4 Thème n° 4 : les représentations sociales liées au travail social

Nous avons tenté, au cours de l'entretien, d'explorer les représentations sociales de nos participantes concernant le travail social. Les interrogations ont porté sur le rôle professionnel et ses particularités, leur perception d'elle-même en tant que travailleuse sociale et sur la façon dont elles croyaient être perçues, en tant qu'intervenantes, par les patientes.

Nous avons abordé ce thème de la même manière que celui relatif au trouble alimentaire, en demandant aux participantes de citer, sans trop réfléchir, cinq mots qu'elles associaient au terme « travail social ». Cette question a suscité des



réactions chez certaines d'entre elles, comme de l'hésitation ou de la gêne à énoncer des commentaires négatifs au sujet du travail social, et même un refus de répondre. Nous présentons l'ensemble des mots recueillis dans le tableau 10, *Association libre avec « travail social »*. Cet exercice a généré 35 réponses spontanées, dont 28 différentes.

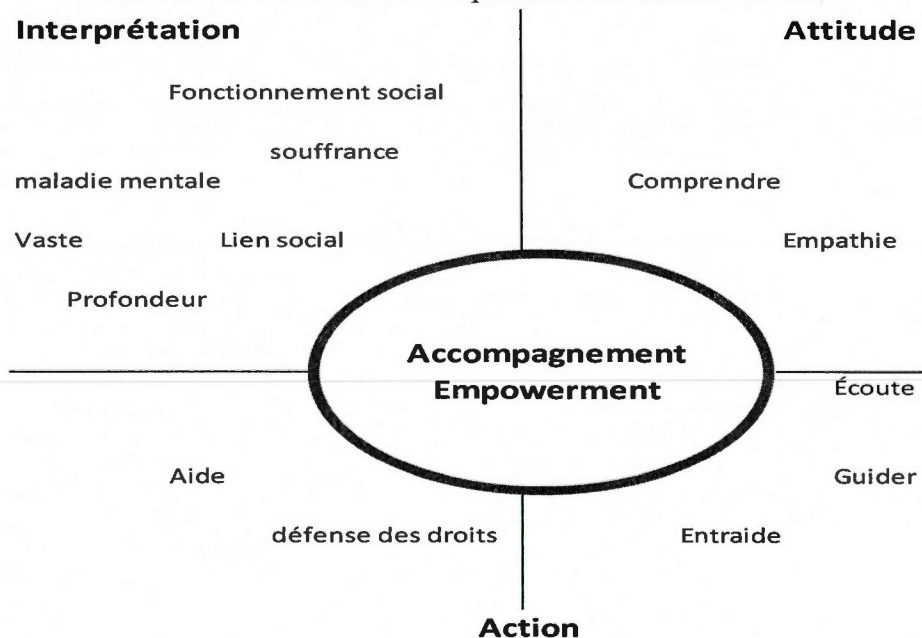
Tableau 5.7 Association libre avec « travail social »

Thème 4 Représentations sociales du travail social			
a	ordre d'évocation < 3	ordre d'évocation > 3	b
Fréquence > 2	accompagnement (2; 1) empowerment (2; 2,5)	lien social (4; 3,75) défendre (2; 4) empathie (2; 4,5)	
c			d
Fréquence < 2	entraide (1; 1) vaste (1; 1) fonctionnement social (1; 1) guider (1; 1) maladie mentale (1; 1) aide (1; 2) comprendre (1; 2) écoute (1; 2) profondeur (1; 2) souffrance (1; 2)	complexité (1; 3) humain (1; 3) porte parole (1; 3) solutions (1; 3) psychologique (1; 3) famille (1; 4) social (1; 4) support (1; 4) expert (1; 5) facteurs sociaux (1; 5) apprendre à gérer (1; 5) relation (1; 5) ouverture (1; 5)	

Nous trouvons dans le tableau 10 le classement des concepts répartis en quatre quadrants (a, b, c et d). Le premier quadrant (a) situé au coin supérieur gauche retient les concepts d'« accompagnement » et d'« empowerment ». Il regroupe les concepts les plus fréquemment cités avec un rang moyen d'apparition faible. Ces éléments constituent le noyau central de la représentation sociale « travail social ». La première périphérie regroupe les concepts situés dans les quadrants b et c. Enfin, le dernier quadrant (d), situé dans le coin inférieur droit, retient les éléments les moins fréquemment cités et constitue la deuxième périphérie. On peut observer, dans cette partie de la structure de la représentation, le nombre élevé de concepts

regroupé dans les cadrans inférieurs (c) et (d). Cette multiplicité des énoncés indique un manque de convergence ou de consensus au sein du groupe interrogé et laisse supposer, selon les termes de Flament & Rouquette (2003b, p.62), un phénomène idiosyncrasique. C'est-à-dire que les déterminations individuelles l'emportent sur les régulations collectives. Ce manque d'homogénéité au sein de la périphérie pourrait aussi être compris comme le reflet du caractère plurivoque de la notion « travail social » et de son large rayon d'action comme profession.

Tableau 5.8 Structure de la représentation « travail social »



Au tableau 11, *Structure de la représentation « travail social »*, il est intéressant de noter que le cœur de la représentation se révèle à travers des notions très populaires en travail social : accompagnement et *empowerment*. D'une part, le concept d'accompagnement se retrouve dans le référentiel des activités des travailleurs sociaux comme une forme d'action à privilégier par ces professionnels. D'ailleurs, un accent particulier a été conféré à cette notion depuis l'entrée en vigueur au Québec de la loi 21 modifiant le Code des professions. D'autre part, le concept d'*empowerment*, qui depuis quelques années est très présent dans la littérature à

propos de l'intervention sociale, est aujourd'hui employé couramment dans le jargon des travailleurs sociaux. Nous pourrions aller jusqu'à affirmer qu'il s'agit d'une notion phare en travail social.

L'entretien se poursuivait ensuite en abordant la description détaillée de ce que les intervenantes considéraient être le travail social. Nous avons regroupé ces réflexions sous deux pôles. D'un côté, les commentaires liés aux valeurs du travail social et, de l'autre, les observations sur le rôle de la travailleuse sociale. Pour nos intervenantes, la vision de l'être humain de la travailleuse sociale va au-delà de la personne. Elle tient compte de la culture et de son environnement. La travailleuse sociale est une intervenante proche des gens, en contact avec le terrain et qui propose des stratégies concrètes. Elle est en mesure d'apporter une vision spécifique pour enrichir le débat biomédical, particulièrement en ce qui a trait aux troubles alimentaires.

Écoute, mon équipe me dit toujours, ils m'ont dit cela toujours, c'est que je suis la conscience de l'équipe, c'est ce qu'ils me disent. Parce que, la plupart de l'équipe et des psychiatres et des psychologues oublient souvent dans leur interprétation des situations et de la personne qu'il y a toute une..., il y a des familles, il y a des amis, il y a tout un environnement là avec la personne. (2<sup>e</sup> entretien, 8 avril 2013)

[...] mais je pense que les autres disciplines, dont le travail social là, ou dont le travailleur social, a plein de choses, plein de réflexions à partager puis des choses à amener à la conception ou à la représentation des troubles alimentaires, entre autres là, puis je constate, je suis déçue de constater que l'hégémonie médicale est forte [...]. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013)

Le rayon d'action de la travailleuse sociale est large et diversifié. Elle informe, guide et apporte son support aux personnes vivant des difficultés. Elle intervient pour défendre les plus faibles et favorise, par son action et ses préoccupations envers l'être humain, l'établissement ou le rétablissement des liens sociaux.



Courtière de ressource, elle contribue à remettre les personnes en action au sein de leur communauté.

Ça reste que c'est un métier [le travail social] qui est diversifié avec des bases d'intervention, donc de relations humaines, de connaissances aussi, donc des connaissances de base en travail social, puis y a des techniques de base, mettons de relations interpersonnelles, de communication avec l'autre, etc. [...] avec cette base-là [...] on s'en va dans des champs qui peuvent être hyper-différents [...]. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013)

#### 5.4.1 Ma couleur comme intervenante

Nous avons demandé à nos participantes de nous dire comment, selon elles, les gens qui venaient les consulter les percevaient. Nous présentons leurs commentaires par ordre d'évocation.

Les travailleuses sociales rencontrées se disent perçues comme des femmes positives, des femmes d'espoir. Ce sont des femmes d'action, loin du théorique, avec un regard dirigé vers l'avenir et les solutions. Ce sont des organisatrices et des gestionnaires préoccupées par ce qui se passe ici et maintenant. Lorsque nécessaires, elles sont en mesure de confronter la situation ou la personne afin de favoriser la prise de conscience et la réflexion.

[...] ils me connaissent beaucoup une fille dans l'action, pis en même temps, des fois y faut réfléchir, tu sais, faut réfléchir, mais moi, j'ai axé beaucoup sur la solution aussi, bien que je ne fais pas de la thérapie brève, parce qu'un moment donné, faut aboutir, tu sais. (8<sup>e</sup> entretien, 30 avril 2013)

Lorsque les intervenantes parlent d'elles-mêmes, elles reconnaissent leurs capacités à se concentrer sur l'autre et sur son vécu. Elles montrent chaleur et ouverture, patience et tolérance. Elles affirment aussi faire preuve de polyvalence et d'humilité.

Je suis [rires] authentique et chaleureuse, décontractée, ouverte d'esprit et je l'espère, dans une attitude de non-jugement, je pense que oui [silence, de réflexion], passionnée, je le souhaite. (7<sup>e</sup> entretien, 25 avril 2013)

Pour les intervenantes, la connaissance de soi est un aspect à développer afin de pouvoir bien intervenir. Une bonne intervenante sait aussi établir ses limites face à l'autre et elle est en mesure de demander de l'aide au besoin.

[...] pis je l'apprends de plus qu'il faut se connaître comme personne. Moi aussi, je suis une performante [...] pis je me reconnais là-dedans, pis j'suis une anxieuse aussi, parce qu'il faut que je performe, fait que c'est sûr si je deviens exigeante, je peux avoir tendance à vouloir faire ça, bon, fais-ci, fais ça, mais oups, si je tombe là-dedans, je renforce ce qu'elle est. Fait qu'il faut que je le sache que moi aussi ce que ça vient me chercher, fais des fois ça vient me chercher, oups, je vis des choses, de là, les supervisions [...]. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

#### 5.4.2 À propos du système professionnel

Certaines sont très affirmées dans leur rôle et leur rôle professionnel, et sont d'avis que la travailleuse sociale est aussi compétente que les autres intervenantes en santé mentale. Par ailleurs, elles remarquent que, dans le milieu institutionnel, le travail des intervenantes en relation humaine est interchangeable. Certaines ont ainsi l'impression de ne pas être ni totalement psychologues ni totalement travailleuses sociales. Ce constat fait naître chez plusieurs d'entre elles un sentiment d'imposture professionnelle.

À cause de ma reconnaissance, oui, à cause de ce qu'on m'a transmis vraiment à l'Université, j'ai vraiment ce feeling-là qu'on me disait devient fière, vous devez être fière [d'être travailleuse sociale], pis sans prétention-là, je ne suis pas mieux qu'une autre, mais je ne suis pas pire qu'une autre, pis je ne vais pas être gênée de prendre ma place dans une réunion pis de, parce que, oui, cette profession-là est aussi importante que toutes les autres. (8<sup>e</sup> entretien, 30 avril 2013)

Bon, moi je suis, j'ai une force et une faiblesse, je pense, qui fait que j'ai tendance à penser que, attend, je pense, à la fois que nos professions, mettons travailleur social, psychologie, psychoéducation, bon les autres, je pense que les professions de la relation humaine ou la relation d'entraide sont à peu près inter-changeantes là, tu sais je peux faire la job d'un psychoéducateur ou la job d'un psychologue comme un psychoéducateur peut faire ma job. Pour moi, ça reste équivalent. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013)

Au Québec, le contexte de hiérarchisation des professionnels de l'aide complique la tâche des intervenantes. Le contexte légal et la loi 21 promulguée à l'été 2013 apportent aussi des complications dans l'exercice de la psychothérapie. Les

travailleuses sociales interrogées ont l'impression de ne pas être bien reconnues comme professionnelles au sein de la population. À cet effet, l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec (OTSTCFQ) n'est jugé ni d'un grand secours pour améliorer l'image de la travailleuse sociale, ni très crédible pour entreprendre ce genre de démarche.

Je pense que nous devons expliquer et éduquer, dire aux gens ce que nous faisons et partager avec eux ce qu'est notre rôle, et je pense que cela permet généralement d'avoir une meilleure compréhension en évitant les réactions émotives, enfin probablement, mais, oui. (7<sup>e</sup> entretien, 25 avril 2013)

[...], mais moi, moi ce que je trouve, c'est que l'Ordre des Travailleurs sociaux, là, moi je le trouve que ça n'apporte rien, moi je suis grandement déçue. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

#### 5.4.3 Les autres professionnels de la santé mentale

La psychologue est la professionnelle la plus citée par les participantes, et c'est avec celle-ci qu'elles comparent leur travail. La psychologue est perçue par les intervenantes comme étant plus distante avec le patient. En outre, sa formation professionnelle oriente son regard vers le vécu passé de la personne. Son travail consiste essentiellement à faire du rééquilibrage psychologique. Les intervenantes jugent que les médecins, lors de certaines interventions, débordent de leur champ de compétence.

[...] je trouve que les psychologues ont une façon, en général, parce qu'il y en a des excellents ou d'excellentes, mais je trouve qu'ils ont une vieille façon d'intervenir, une espèce de façon d'intervenir qui est très distanciée, très coupée mettons, comme je dirais ça, il y a une trop grande distance entre le client et l'intervenant [...]. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013)

[...] les médecins pour moi sont très compétents dans leur champ de compétence, qui est la médecine, physique, physiologique, neurologique, etc., mais, ça s'arrête là, après ça, ça dépend de leur vie, mais je trouve qu'ils débordent beaucoup de leur champ d'expertise [...]. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013)



## 5.5 Thème n° 5 : l'intervention

Afin de faire ressortir chez nos participantes les influences théoriques et celles de l'environnement professionnel sur la construction de leurs représentations sociales du trouble alimentaire, nous demandions aux participantes de nous parler de leur pratique en décrivant une intervention type. Il leur était aussi demandé de brosser un tableau des approches qu'elles privilégiaient et qu'elles mettaient de l'avant pour aider leurs patientes.

### 5.5.1 Ce qui sous-tend l'intervention

À propos de l'intervention offerte aux personnes vivant un trouble alimentaire, les travailleuses sociales rencontrées sont conscientes que celle-ci a évolué avec l'interprétation médicale des comportements alimentaires. Cette interprétation aura donc une incidence sur la forme d'aide apportée et aussi sur le rétablissement. Elles comprennent que le comportement identifié comme problématique est un symptôme d'une agitation intérieure. C'est pourquoi, dans leur pratique, elles ne s'attaquent pas systématiquement au renversement du symptôme. Derrière le symptôme et le comportement problématique, elles voient un être humain qui devra être accueilli dans sa globalité.

Pour elles, l'intervention est un long et laborieux processus. Le déroulement de l'intervention ne doit pas être brusqué et chaque petite avancée réalisée par la patiente est soulignée. Dans ce processus, c'est la personne qui reste maître de la situation et l'intervenante doit faire preuve de flexibilité tout au long de celui-ci.

Oui, il y a eu des changements, leur vie est plus en danger parce qu'ils ont repris un poids pis y fonctionnent, mais les mécanismes restent là. La mécanique est encore là, fait qu'il s'agirait d'un stress, pis ils peuvent retomber là-dedans. La mécanique n'est pas changée. Fait qu'ils ont pu les comportements, mais y ont autre chose qui reste, la difficulté à communiquer, les conflits, la comparaison aux autres, toutes les blessures à l'intérieur d'eux-mêmes qui ne sont pas réglées. Fais que je pense que le jargon, c'est une chose, mais c'est beaucoup dans l'analyse, dans la façon d'analyser la situation qui peut avoir un impact. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

[...] je vais proposer un tapon d'outils, un tapon d'objectifs, mais c'est sûr que ça va être la personne au bout de la ligne qui va prendre cette décision-là, je trouve que c'est elle qui mène le bateau dans tout ça, moi j'ai beau être là avec mes affaires, pis mes outils, pis ça reste elle le maître. (4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

### 5.5.2 Le processus d'intervention type

Nous présentons dans tableau 12, *Étapes du processus d'intervention*, ce que les participantes ont nommé comme faisant partie d'un processus d'intervention type.

Tableau 5.9 Étapes du processus d'intervention

Thème 5 L'intervention	
Accueil et Syntonisation	
L'évaluation	} Hospitalisation ou suivi en externe
Le plan d'intervention	
Le bilan	} Objectifs et moyens

La première étape décrite par les intervenantes est liée à l'accueil de l'autre et à sa prise en charge. À cette phase, l'intervenante s'emploie à établir la relation thérapeutique, un lien avec la personne en difficulté. La personne a besoin d'être entendue et il est primordial de faire en sorte qu'elle se sente accueillie. Dans certaines institutions et selon la particularité des situations, les parents sont rencontrés en premier.

[...] me centrer beaucoup sur le lien de confiance, je vais faire attention, parce que je sais qu'ils ont une fragilité à certains endroits, je le sens souvent, fait que je fais quand même attention, fait qu'ils vont comme idéaliser, pis j'suis souvent la petite maman qui comprend bien, elle, elle me comprend [...]. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

Parallèlement à la prise de contact, l'intervenante procède à une évaluation de la situation.

OK, la première étape c'est une évaluation, c'est sûr, sur place. Individuelle. On travaille avec les adultes ici, donc c'est toujours individuel à moins que la personne nous donne autorisation d'inviter leur famille, leur conjoint, mais c'est individuel. (2<sup>e</sup> entretien, 8 avril 2013)

C'est suite à cette évaluation que sont mis de l'avant des objectifs conséquents avec la gravité du cas et de la situation familiale. Généralement, ces objectifs concernent le retour à une alimentation normale et le déploiement d'un encadrement plus proche de la patiente. Ultiment, ces objectifs sont orientés vers la recherche du bien-être et d'un équilibre entre les besoins de la personne en difficulté et ceux de l'entourage.

[...] après l'évaluation, là on établit un petit peu, bon je pense que c'est ça que ton trouble alimentaire amène ça, je fais un résumé de ce qu'on a vu, puis après ça, bon, on dit l'objectif c'est, on va essayer de t'aider à identifier l'émotion que tu vis là-dedans pis à les tolérer. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013).

Ces objectifs sont insérés dans un plan d'intervention qui est proposé à la patiente : « Je fais, mon Dieu, on fait un plan d'intervention, je dirais en équipe, mais je fais le mien aussi ». (6<sup>e</sup> entretien, 17 avril 2013).

L'hospitalisation est envisagée comme première étape de l'intervention lorsque la personne est dans un état de dénutrition tel qu'il représente un danger important. Cette intervention contraignante est disponible et envisageable tout au long du processus d'intervention. Ce n'est qu'après le rétablissement de la santé physique de la personne que se poursuit le processus de thérapie psychique.

Ben c'est une unité de pédiatrie, donc c'est sûr que nous on croit, que principalement, externe, c'est beaucoup à l'externe que tu travailles, c'est quand t'es réalimenté que t'es capable, t'es plus mobilisé que là tu vas pouvoir travailler sur tes enjeux personnels, faits que ce n'est pas à l'unité, là, c'est un peu la pointe de l'iceberg de l'unité, au point de vue physique, t'es hospitalisée pour ça aussi [...] ça va pas bien, des signes vitaux, la tension artérielle [...]. (8<sup>e</sup> entretien, 30 avril 2013)



Lorsque la santé physique de la patiente le lui permet, la rencontre de groupe est la première étape de l'intervention. Cette étape est jugée primordiale dans la plupart des institutions. Généralement, les rencontres de groupe ont un objectif psychoéducatif. Cette approche est offerte sous forme d'ateliers thématiques.

Ah ben oui, y a l'évaluation pis tout de suite les notions théoriques de l'alimentation, pis de la psychoéducation, c'est quoi le trouble alimentaire, c'est une phobie, ça vient d'où et pis tout ça. Moi je travaille avec A., la nutritionniste ensemble, on cuisine, c'est toujours les patientes qui cuisinent, alors on défait la phobie là aussi, alors on fait ça. Moi je fais un groupe, j'ai parti un groupe d'habileté sociale pour les personnes TCA, mais qui ont une phobie sociale [...]. (6<sup>e</sup> entretien, 17 avril 2013)

Suite aux rencontres de groupe sont envisagées, selon les besoins de la personne, des rencontres individuelles. Parfois, celles-ci sont offertes en même temps que les rencontres de groupe.

Tout au long du processus d'intervention, des bilans ponctuels amènent une révision du processus d'intervention. Cette étape est nécessaire en cours de route, car le « trouble alimentaire » évolue parfois en dent de scie et la personne peut ou non être réceptive à ce qui est proposé lors des différentes étapes.

[...] parce que nous on fait toujours des bilans au mois, deux mois, trois mois, dépendamment de la patiente et de la problématique et là, si à un moment donné là, les objectifs y ont pas été remplis, la patiente branle, t'sais, il ne se passe plus rien. (8<sup>e</sup> entretien, 30 avril 2013)

### 5.5.3 Approches et moyens d'intervention de la travailleuse sociale

Les intervenantes qui ont participé à notre recherche ont décrit différentes approches : biomédicale, nutritionnelle, centrée sur les solutions, familiale, individuelle, cognitivo comportementale et psychoéducatrice. Nous avons recueilli leurs commentaires à propos de ces dernières.

### 5.5.3.1 Les approches biomédicales et nutritionnelles

Les approches thérapeutiques biomédicales et nutritionnelles sont omniprésentes dans le système de soins de santé et engendrent un inconfort chez certaines intervenantes. Celles-ci remarquent que le fait de prescrire une thérapie pharmaceutique fait parfois peur à la personne en souffrance et à son entourage familial.

Parce que c'est une décision importante et ça fait peur aussi, de devoir prendre un médicament psychiatrique, les gens, je pense, oui ont un peu peur [inaudible, 0:40:23] il peut y avoir des effets secondaires ou, mais tu sais ce n'est pas mon domaine, mais certaines médications prennent de 30 jours à 90 jours avant de faire effet sur ton système et de pouvoir observer un changement. (7<sup>e</sup> entretien, 25 avril 2013).

Pour la plupart des intervenantes interrogées, l'approche biomédicale est considérée comme étant intéressante et complémentaire et qu'il ne faut pas la rejeter en bloc. La place du médicament dans le processus thérapeutique n'est donc pas remise en question, pas plus que les aspects biologiques du trouble alimentaire. Par contre, elles jugent le fait de s'attarder seulement à l'aspect biologique comme étant limitatif et restreignant et fait en sorte que le « trouble » est très médicalisé. Les aspects culturels et sociaux du « trouble alimentaire » sont peu mis de l'avant et donc peu présents dans les discours officiels, la littérature scientifique n'abordant généralement le « trouble alimentaire » que sous l'angle de la santé et du poids idéal.

Oui, mais l'hôpital, je dis pas que c'est, parce que c'est nécessaire pis ça les fait avancer, je pense que c'est une complémentarité aussi, mais l'approche, exemple là, ce n'est pas d'aller en profondeur, ils ne vont pas vraiment. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

[...] dans le fond, il n'y a pas juste ça (le biomédical) dans les troubles alimentaires, on parle beaucoup de l'aspect physique, de l'aspect comportemental, on ne parle pas beaucoup de l'aspect social, familial, un petit peu plus, mais il y a beaucoup d'éléments, je trouve, qui manquent, tu sais c'est beaucoup, c'est un trouble qui est très médicalisé dans ce que j'entends [...]. (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013)

En raison de l'utilisation très répandue de cette approche au sein des institutions hospitalières, il est essentiel pour les intervenantes d'en connaître le langage afin de faciliter la communication au sein de l'équipe multidisciplinaire.

[...] Oui et non. Oui, dans le sens, c'est intéressant, je veux dire c'est intéressant les termes médicaux, c'est bien bien intéressant, ça, je n'ai pas de problème avec ça. Mais, donc oui, donc oui, je suis à l'aise, puis je trouve que c'est important de les connaître aussi, tu sais faut quand même adopter un langage commun [...].  
(3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013)

#### 5.5.3.2 L'approche centrée sur les solutions

Cette approche est caractérisée par les recadrages et les devoirs qui sont proposés à la personne aidée, comme des actes thérapeutiques visant la prise de conscience de son pouvoir d'agir. Elle permet aussi à la personne de se projeter positivement dans l'avenir.

[...] je pense qu'à l'organisme communautaire aussi c'est beaucoup notre façon concrète de travailler, de donner des outils, donner des exercices, y repartent souvent avec un devoir de mon bureau, fait que oui, on est vraiment dans le ici-maintenant.  
(4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

#### 5.5.3.3 L'approche familiale

Les intervenantes décrivant cette approche sont convaincues que le travail sur soi se fait avec la collaboration de la famille et de l'environnement social. Le rôle de l'intervenante est d'apporter du soutien et des outils aux proches et aux parents de la personne en difficulté afin de faciliter sa réinsertion familiale. Lors des rencontres familiales, l'intervenante, tout en dédramatisant la situation, tente, à l'aide de son questionnement et des interactions, de faire circuler l'information au sein de la famille.



[...] ben, c'est l'importance aussi du soutien social, on a des services aux proches, entre autres, vraiment tantôt on le nommait, des fois ils ne savent pas trop quoi faire...[les parents, les] conjoints aussi, oui vraiment l'environnement, il y a même des fois des amis qui viennent nous rencontrer, vraiment qui ont ce souci de dire moi, je ne comprends pas du tout, je ne sais pas quoi faire, je ne sais pas comment l'aider quand elle me pose des questions, je ne sais pas quoi répondre, qu'est-ce que je peux faire pour avoir vraiment des outils, dans des aptitudes aidantes, dans essayer de comprendre aussi que finalement, c'est ça, c'est plus que l'alimentation dans tout ça, fait que ça, on trouve ça hyper important aussi d'aller compléter un peu cette boucle-là avec l'aide aux proches finalement. (4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013).

#### 5.5.3.4 L'approche individuelle

Au cours des rencontres individuelles, les notions abordées lors des entretiens de groupe sont reprises et approfondies. Ainsi sont discutés des concepts tels les émotions et le contrôle sur soi. L'approche individuelle vise à aider la patiente à se reprendre en main. Lors de ces rencontres, on insiste sur la mobilisation des forces et la patiente apprend à s'affirmer, à prendre sa place, à devenir adulte. L'intervenante endosse un rôle d'accompagnatrice dans le cheminement thérapeutique de la personne.

Fait que si pour toi, tu dis pis, et que t'as cette difficulté-là, mais t'as plein d'autres forces, alors on mise sur les forces, moi je mise beaucoup sur les forces des gens, je mise sur la force des parents, y en ont des difficultés, pis on les travaille, mais ce que je comprends, c'est plus que tu travailles sur les faiblesses, plus sont découragés, plus tu travailles sur leurs forces, plus ils sont mobilisés, pis sont renforcés [...]. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013).

#### 5.5.3.5 L'approche TCC et la psychoéducation

La psychoéducation est proposée autant individuellement qu'en groupe. Cette approche favorise les mises en contexte et les interactions afin de confronter les patientes à leur phobie et aussi à leurs croyances erronées.

[...] la phobie on travaille ça en s'exposant. Alors, ça se travaille de deux façons, deux volets, le trouble alimentaire lui-même, alors on s'expose, on mange, c'est ce qu'on fait au Centre de jour, très concrètement, et l'autre, alors gestion de l'alimentation, pis gestion des émotions. Alors, c'est aussi l'évitement. (6<sup>e</sup> entretien, 17 avril 2013)

Des thèmes reliés à la physiologie du tissu adipeux, aux besoins fonctionnels du corps, à l'alimentation, à l'évolution historique des critères reliés à la beauté et à l'apparence seront abordés en groupe ou individuellement.

[...] y a une semaine qu'on parle des croyances reliées à l'image corporelle, c'est là où qu'on remonte un peu dans le temps, on regarde dans les autres pays, qu'est-ce qui se fait au niveau de l'image corporelle. (4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

Cette approche vise d'autre part à augmenter la tolérance à l'inconfort, souvent lié aux émotions, en confrontant la personne ou en lui permettant d'entrer en contact avec son ressenti émotif et physiologique : « je travaille beaucoup la tolérance et en ressentir l'émotion puis la tolérer l'émotion » (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013). Ces apprentissages visent à développer la foi en soi et à faire comprendre à la personne qu'elle détient la clé de son bien-être. Les rencontres offertes sous forme d'ateliers éducatifs permettent aux participantes de développer leur connaissance d'elles-mêmes, et parfois aussi, à réappivoiser la nourriture et le fait de manger seule ou en groupe :

[...] il faut apprendre à se connaître dans qui je suis, qu'est-ce qu'y faut que j'aime finalement, fait qu'on travaille beaucoup là-dessus sur la connaissance de soi, sur la reconnaissance de soi aussi, de se reconnaître dans ses forces, ça va être grosso modo beaucoup ce qu'on va faire. (4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

#### 5.5.4 Le contexte d'intervention

Le contexte dans lequel s'insère l'intervention est parfois difficile pour nos intervenantes. Pour celles œuvrant en contexte privé ou communautaire, le contact avec le réseau de la santé est parfois déplaisant. Tout ce qui est lié à la paperasse et à la bureaucratie rend difficile aux intervenantes le plein exercice de leur rôle.

Mais, tu sais, ce qu'elle faisait [la travailleuse sociale], je trouvais ça intéressant, mais c'est beaucoup de paperasse, beaucoup de trouver des ressources, pour ci, pour ça, des rencontres ponctuelles, beaucoup plus, quelques rencontres avec la personne atteinte, mais beaucoup plus avec le réseau, ça ça me rejoignait moins. (5<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)



Les travailleuses sociales constatent que le travail qu'elles exercent en contexte psychiatrique n'est pas très populaire auprès de l'ensemble des travailleuses sociales. Elles attribuent cela au fait que le milieu interprofessionnel en contexte hospitalier est perçu comme rigoureux et ne laissant que peu de place à celles qui ne sont pas affirmées et qui n'ont pas de connaissances rigoureuses des notions biomédicales.

Parce que très peu de gens viennent travailler en psychiatrie, y haïssent toute ça, pis en trouble alimentaire aussi, moi ça été facile d'avoir un poste, le monde n'aime pas ça la psychiatrie. (6<sup>e</sup> entretien, 17 avril 2013)

Le travail d'équipe interdisciplinaire est vu comme un point fort. L'équipe est perçue comme un lieu de référence où il est possible de trouver appui et support affectif et/ou professionnel. Certaines ont l'impression de faire partie d'une grande famille où on tisse des liens précieux. Tous les membres de l'équipe sont formés en relation d'aide, mais chacun, de par sa formation, porte un regard différent sur les problématiques : « On a le même langage, on se parle des mêmes choses, puis on comprend la même chose à peu près, tu sais, avec des variations là, j'imagine » (3<sup>e</sup> entretien, 15 avril 2013). En raison d'une certaine fluidité dans les rôles joués par les différentes professionnelles en milieu hospitalier, certaines se demandent pourquoi le système professionnel cherche tant à catégoriser les interventions.

Oui, j'ai l'impression que notre but est toute le même, j'ai l'impression que ce qu'on veut, on va tous dans la même direction par des moyens de transport qui vont être différents, par des façons de faire qui vont être différentes, mais ce qu'on souhaite, c'est aider les gens, pis apporter du bien-être aux gens, fait que j'ai l'impression qu'on a tous la même destination, c'est nos moyens de transport pis des fois le chemin qu'on va prendre qui va être différent. Oui, je ne sais pas pourquoi qu'on a tant besoin des fois de distinction pis de catégories, pis de cases finalement. (4<sup>e</sup> entretien, 16 avril 2013)

### 5.5.5 L'intervention idéale

La dernière partie de l'entretien visait à recueillir, auprès des participantes, leurs impressions à propos de ce que pourrait être une intervention idéale. La plupart se sont dites satisfaites des interventions qu'elles proposaient aux patientes. Leurs



commentaires visaient surtout l'amélioration du contexte d'intervention. Ainsi, deux volets ont été soulevés, l'un institutionnel et l'autre social. En ce qui a trait au volet institutionnel, les intervenantes déplorent le manque de moyens financiers disponibles, qui fait en sorte qu'elles se sentent coincées dans leurs interventions. Elles déplorent aussi l'ampleur des listes d'attente causées par le manque de ressources humaines pour répondre à la demande. Certaines privilégieraient la création d'un centre de jour au sein de leur institution. Pour les intervenantes œuvrant en pratique privée, l'approche de groupe était envisagée comme une amélioration et/ou un complément qui ouvrirait aux personnes en consultation un meilleur cheminement thérapeutique.

Eh, monde idéal, je pense qu'on fait un bon travail ici, je pense que notre monde est assez bien, la seule chose qui nous manque c'est plus de ressources. On a une liste d'attente de 400 personnes, ça veut dire attendre deux ans. C'est ridicule, on a (que quelques lits) pour tout le Québec. [...] Pour des adultes, pour tout le Québec, donc on a des listes d'attente énormes et il y a des gens qui attendent et qui souffrent et ce n'est pas facile, des fois on a besoin de couper plus vite le travail qu'on fait avec quelqu'un parce qu'il y a d'autres personnes qui attendent. (2<sup>e</sup> entretien, 8 avril 2013)

En ce qui a trait au volet social, il a été proposé de mettre de l'avant des campagnes publicitaires favorisant l'estime de soi et le respect de la différence corporelle. À cet égard, le mouvement Dove est cité en exemple. Par ailleurs, favoriser le travail d'équipe, les ponts entre l'institution de santé et les écoles, ainsi que la prévention, seraient des éléments qui favoriseraient l'aide à ces personnes en souffrance.

[...] puis je pense qu'on devrait faire davantage des campagnes comme Dove, sur l'estime de soi, sur justement, le Dr. Steiger travaille sur la Charte québécoise, du droit d'avoir un corps différent. (1<sup>er</sup> entretien, 3 avril 2013)

## CHAPITRE VI

### DISCUSSION

Nous arrivons au terme d'une démarche intellectuelle guidée par la question de recherche suivante: « Dans un contexte de médicalisation des comportements, quelles sont les représentations sociales des travailleuses sociales à propos des notions "trouble alimentaire" et "trouble mental" et quel est l'impact de ces représentations sur leur pratique ? » Nous vous présentons dans ce chapitre les réflexions et commentaires qu'ont suscités en nous la mise en relation des résultats de notre recherche avec la problématique et le cadre théorique. Nous débuterons la discussion avec les opinions des travailleuses sociales sur les notions de « trouble alimentaire » et de « trouble mental » avant de considérer les impacts de ces représentations sur leurs pratiques d'intervention.

#### 6.1 Le noyau central de la représentation « trouble alimentaire »

En observant les résultats de nos données, nous avons remarqué, qu'en ce qui concerne la structure de la représentation sociale « trouble alimentaire », le noyau se constitue des concepts *souffrance*, *perfectionnisme* et *solitude*. Ces éléments situés au cœur de la représentation font référence à une expérience individuelle qui prend racine dans le rapport à l'autre, c'est pourquoi nous nous permettons de la qualifier de psychosociale. Ainsi, le cœur de la représentation révèle une forte imbrication des éléments sociaux et affectifs au sein de l'individu. Par ailleurs, le centre de la représentation ne contient aucun élément associé à une symptomatologie de caractères physiologiques ou organiques pouvant être relié à un ensemble théorique biologique ou médical. Par contre, l'ensemble périphérique

de la représentation regroupe des notions pouvant être associées au discours biomédical et au « contrôle de soi ». À la lecture des éléments de la structure de la représentation nous pouvons avancer que les travailleuses sociales se représentent et définissent la notion de « trouble alimentaire » comme étant une souffrance d'ordre psychologique qui émergerait au sein de la personne suite à des difficultés d'adaptation au milieu environnant ». Le trouble alimentaire est considéré comme une expérience « complexe » d'une certaine « gravité ». Cette expérience est à l'origine de comportements « d'évitement », de « performance » et de « contrôle ». Elle est aussi associée à des émotions de « honte » et de « peur » et elle a un impact sur l'« estime de soi » de la personne. Les éléments biologiques propres à la personne, par exemple les composantes génétiques, la dénutrition en vitamines et minéraux, ainsi que la baisse de la glycémie, interviennent et interagissent avec l'expérience et peuvent être associés à la cause et aussi à l'effet des difficultés sociales ressenties.

## 6.2 Fondement idéologique de la représentation

Nous nous sommes interrogés sur les fondements idéologiques de cette représentation du « trouble alimentaire ». Nous l'avons vu, des éléments psychosociaux, et dans une moindre part, biologiques, font partie de la structure représentationnelle. Par ailleurs, la complexité de l'affection mentionnée par les intervenantes suppose l'imbrication des éléments précités et la difficulté de relier la cause des troubles alimentaires à un seul de ces aspects. Nous pouvons donc affirmer qu'au sein de la structure de la représentation « trouble alimentaire » se retrouve l'essence du modèle biopsychosocial préconisé<sup>20</sup> au sein des institutions et

---

<sup>20</sup> Préconisé ne signifie pas appliqué, rappelons-nous les propos de Borgeat et Stravynski « Les implications des modèles explicatifs biologiques sur les pratiques cliniques en psychiatrie », p.77 car il s'avère que la pratique institutionnelle de la psychiatrie occulte plus ou moins la partie psychosociale du paradigme biopsychosocial faisant place au courant organiciste. Selon cette vision,



des ressources communautaires dédiées aux soins psychiatriques dans lesquelles œuvrent les intervenantes.

Dans l'élaboration des notions de « trouble mental » et de « trouble alimentaire », les travailleuses sociales mettent de l'avant la prise de conscience par l'individu de sa différence et des dangers potentiels que cela représente (disqualification, étiquetage, ostracisme, rejet, etc.). C'est la prise de conscience de sa propre humanité, de son être social, par rapport à l'autre, qui est génératrice de perturbations et de souffrance au cœur de l'individu. Selon cet argumentaire, la souffrance est causée par ce que la société impose en termes de conditions et de normes aux individus. Cette interprétation de la notion de « trouble » est à notre sens profondément « culturelle » et s'éloigne du « tout biologique » véhiculé par le discours biomédical.

Les normes qui s'imposent aux acteurs de notre société ne sont pas nécessairement inscrites dans un livre de lois, la plupart étant implicites. Par exemple, c'est à travers l'idéale minceur, relayée par les médias de masse et l'industrie de la mode, que sont prescrit le contrôle de soi et la performance individuelle. Certaines de ces normes, exerçant une contrainte indue sur les individus, deviennent source de stress et de désarroi. Cette interprétation sociologique se retrouve dans les propos d'Élias et de Sévigny concernant la société, les individus et la souffrance psychique.

Pour Norbert Élias, les rapports entre individu et société se jouent dans l'articulation entre le « je » et le « nous » et fondent la civilisation. Dans cet ensemble dialogique il y a d'une part, le sujet, l'individu, objet de la psychologie et

---

l'origine des troubles mentaux relèverait exclusivement de perturbation biologique et/ou génétique. Ainsi, l'aspect psychosocial des interventions thérapeutiques proposées en psychiatrie ne servirait qu'à permettre ou faciliter le traitement pharmacologique. Cette vision restreinte de la problématique qui, en fait, n'utilise qu'une des composantes du paradigme biopsychosocial, soit l'aspect biologique, apparaît comme plus prescriptive que descriptive, et il est malheureux de constater que le milieu médical ne semble pas tenir compte de toutes les facettes d'une problématique.

d'autre part, les autres, la société comme entité, objet de la sociologie (Élias, 1987, p.70). Pour Elias, le « je » ne peut exister sans les autres : « Il n'y a pas d'identité du je sans identité du nous » (*Ibid*, p. 241). Au fil de l'histoire des civilisations occidentales, l'équilibre du rapport « je-nous » a évolué et la prépondérance du « je » s'est accentuée. Ainsi, l'individu ressent douloureusement la pression exercée sur lui par le « réseau humain » et cette pression peut chez certains se traduire en souffrance psychique. Nous pouvons comprendre à travers les propos des intervenantes que la désarticulation du « je » et du « nous » plonge l'individu dans le « trouble ».

Pour Robert Sévigny (1994), il est clair que la maladie mentale est le fait d'une discontinuité entre l'individu et la société. C'est l'individu qui peut être malade et non la société, mais on ne peut isoler l'individu malade de sa société. C'est donc dans un rapport à la société que l'individu devient malade et il ne peut être considéré comme tel que dans sa relation à sa société :

La maladie mentale implique une brisure, une discontinuité entre l'individu et la société : que cette brisure s'exprime à travers les interactions symboliques, conscientes ou inconscientes, à travers les gestes ou les conduites de la vie quotidienne, ou à travers une expérience très privée ou très secrète d'une image de soi ou d'une identité ressentie comme insatisfaisante, chaque fois, se trouve en cause la relation individu-société – ou plus précisément la relation personne-société. (Sévigny, 1994, p.166)

Cette interprétation sociologique peut être aussi plus spécifique. En tenant compte des propos des travailleuses sociales qui soutiennent que la souffrance psychique se développe en rapport avec l'environnement, nous comprenons, à l'examen de la périphérie de la représentation, que des notions telles que « perfectionnisme », « restriction », « contrôle », « performance », « impuissance » et « estime de soi » peuvent être regroupées sous le concept de « contrôle de soi ». Ainsi, le rapport avec l'environnement s'articulerait plus spécifiquement autour du concept « contrôle de soi ». Selon cette interprétation, la perception qu'a l'individu de sa capacité/incapacité à se conformer aux exigences, réelles ou virtuelles, du groupe

serait source de souffrance. L'émergence de la souffrance qui donne corps au trouble alimentaire serait irrémédiablement couplée au contrôle de soi vis-à-vis de l'environnement. Par environnement nous entendons espace social ou collectivité, mais aussi environnement intérieur.

Comme nous l'avons vu dans l'élaboration de la problématique, dans notre société occidentale, les développements scientifiques et techniques à l'origine de l'industrialisation ont conduit à une redéfinition du concept de santé. Cette nouvelle vision de la santé a favorisé l'institution de nouvelles normes d'hygiène, de prévention et de comportements individuels. Désormais, la santé physique et mentale se réfère à une valeur individuelle qui est liée à la responsabilisation de l'individu, lequel doit être en contrôle. Selon le professeur Robert Crawford, le contrôle de soi est devenu une caractéristique des sociétés modernes. Une condition qui doit être respectée afin d'être reconnu comme citoyen à part entière. Dans nos sociétés, la santé est devenue une valeur par laquelle nous nous définissons et les individus sont jugés d'après leur capacité à s'autoréguler et à maintenir leur bonne santé (Crawford, 2006, p.402). Le concept de santé se trouve dès lors irrémédiablement lié à celui de normalité. La capacité de l'individu à s'autoréguler et son degré d'autonomie individuelle fixent la frontière entre la normalité et la déviance. Les inégalités sociales sont désormais lues en terme de capacité à se réaliser (Gori et Del Volgo, 2008, p.96).

La société dans laquelle nous évoluons prône le développement démocratique, les libertés individuelles, le droit à la propriété et à la santé et au bien-être. Les nouveaux savoirs hygiéniques et biomédicaux ont démocratisé le contrôle sur l'inexorable et le fatalisme. Ainsi tous ont accès « à la bonne santé ». C'est un droit, mais aussi un devoir et une norme. L'idéologie libérale a pour effet de proposer, voire de prescrire un comportement, une attitude à adopter envers soi, un idéal de l'individu sain et fonctionnel et cela a donné naissance à l'individu



autonome et fonctionnel que Michel Foucault qualifie d'« entrepreneur de lui-même » (cité dans Gori et Del Volgo, 2008, p.94). Dans la logique libérale et capitaliste, cet individu entrepreneur doit faire face, comme toute bonne entreprise, à la compétition et à la concurrence. Afin d'être performant et rentable, « l'entrepreneur » doit savoir gérer ses affects, son corps.

En terminant, nous aimerions revenir au propos des intervenantes sur la souffrance liée à la notion de « trouble ». Selon notre interprétation des résultats recueillis, cette souffrance serait liée à la prise de conscience, par l'individu, de sa propre humanité mise en rapport avec celle de l'autre. Cette prise de conscience d'un manque ou d'un écart « à la norme » serait génératrice de perturbations comportementales et de souffrances psychiques. Ce qui nous semble s'énoncer ici, c'est la « complexité » psychosociale de l'être humain, l'intrication des aspects psychologiques et sociaux inscrits à l'intérieur de l'individu. Ces aspects psychologiques et sociologiques au caractère insécable, se situeraient, selon Élias, à l'articulation du « je » et du « nous ».

Nous concluons, en ce qui a trait au fondement idéologique de la représentation « trouble alimentaire » des travailleuses sociales rencontrées, que la « complexité » pourrait être reliée au modèle biopsychosocial, qui serait prépondérant chez les intervenantes et que, par ailleurs, le contrôle de soi et la performance donneraient une couleur néolibérale au modèle biopsychosocial.

### 6.3 Le « trouble alimentaire » une fonction d'utilité

Pour les travailleuses sociales, le « trouble alimentaire » est le symptôme d'une « mésadaptation » au contexte social dans lequel les femmes, jeunes et moins jeunes, évoluent et le comportement alimentaire « désordonné » aurait son utilité pour s'adapter à la pression culturelle en maintenant l'homéostasie psychologique nécessaire au « bon fonctionnement » au sein du groupe.

Cette conception « fonctionnelle » du « trouble alimentaire » rejoint les réflexions de Ian Hacking à propos de ce qu'il nomme « maladies mentales transitoires ». Pour Hacking, chaque époque culturelle a vu apparaître des comportements, des modes, qui étaient pour les individus une manière inconsciente d'exprimer leur détresse psychologique (Hacking, 1998b, cité dans Faucher, 1999, p.8). Pour Hacking ces « pathologies » sont circonscrites à une époque et à un lieu, d'où l'idée de constructions sociales et d'affections transitoires. Pour appuyer son argumentaire, Hacking mentionne l'hystérie, la mélancolie, les vapeurs, la drapétomanie, l'orgasme clitoridien, l'homosexualité, l'anorexie et la boulimie, qui ont toutes été considérées à une certaine époque comme des conditions pathologiques (Hacking, 2001, p.141-142). Hacking définit ainsi l'affection transitoire :

[C'est] une maladie qui apparaît à un moment, dans un endroit, et qui plus tard s'efface. Elle peut s'étendre d'une place à l'autre et réapparaître de temps en temps. Elle peut être sélective pour une classe sociale ou un genre, préférant les femmes pauvres ou les hommes riches [...]. (Hacking 1998a cité dans Faucher, 1999, p.8)

Il précise que ce caractère transitoire dépend de vecteurs culturels, biologiques et aussi psychologiques. Certaines de ces affections seront complètement dépendantes des vecteurs précités et d'autres partiellement. C'est-à-dire qu'en présence de certaines composantes, la maladie se développera, mais en l'absence de ces vecteurs, la maladie ne s'étendra pas ou disparaîtra (Faucher, 1999, p.10-11).

Nous retrouvons chez les travailleuses sociales cette interprétation du trouble alimentaire au sens que lui donne Hacking, c'est-à-dire une maladie transitoire. Cette interprétation est à bien des égards en oppositions avec le modèle psychiatrique actuel. Les nosographies psychiatriques qui colligent les caractéristiques de base du trouble mental présentent des ensembles de symptômes typiques (Hacking, 1998, p.56-57) qui permettent de catégoriser, de définir, d'identifier et de classer le trouble alimentaire comme une espèce naturelle et, de surcroît, d'en faire une maladie. Certes, dans ces nosographies, il est fait état du poids et de la norme minceur, mais seulement comme des « mentions culturelles »



et des éléments d'ordre secondaire dans l'élaboration du diagnostic de « trouble des conduites alimentaires » (Alarcon, 2009, p.11). Pour le milieu médical, l'aspect biologique du trouble demeure fondamental. Cette vision restreinte de la problématique qui, en fait, n'utilise qu'une des composantes du paradigme biopsychosocial, soit l'aspect biologique, apparaît comme plus prescriptive que descriptive et il est malheureux de constater que le milieu médical ne semble pas tenir compte de toutes les facettes de la problématique (Borgeat et Stravynski, 1985, p.77). Le risque de cette vision partielle est de faire perdre du sens à l'intervention et, en fin de compte, de pénaliser le soigné (Zarifian, 1999). Jean-Claude St-Onge, dans une publication récente, reprend l'essence des propos de Zarifian et explique :

En réduisant tout au biologique, la détresse psychologique est déshumanisée et la misère sociale naturalisée. La biopsychiatrie sort les individus de leur contexte : ils ne sont plus les porteurs d'une histoire de vie, ils sont réduits à des porteurs de symptômes, des abstractions. Les environnements toxiques, les inégalités économiques, la pauvreté, la discrimination qui frappe les minorités, l'indigence matérielle et intellectuelle, les aberrations d'une société fondée sur la maximisation du profit, l'hypercompétition, la performance à tout prix, disparaissent au profit de déficiences biologiques hypothétiques ou carrément fictives dans l'état actuel des connaissances. (St-Onge, 2013, p.223-224).

Nous pouvons aussi déceler, dans l'interprétation du trouble alimentaire par les travailleuses sociales, l'aspect fonctionnel du comportement : « Le trouble sert à quelque chose » et son utilité se révélerait dans l'adaptation au *zeitgeist* environnant. Il faut souligner que cette interprétation s'éloigne du modèle fonctionnaliste, issu de la sociologie américaine et reprise par l'institution psychiatrique, qui vise à remettre au sein de la société un individu fonctionnel, en mesure d'assumer et de jouer pleinement son rôle économique et « qui doit remplir sa fonction » au sein de la société comme un « organe qui remplit son rôle » au sein de l'organisme (Dorvil et Mayer, 2011, p.17). Les propos des intervenantes concernant l'aspect fonctionnel du trouble rejoignent ceux du courant de recherche qui explore la santé mentale en tant que forme d'adaptation de l'individu à son environnement, « [l]a santé mentale est alors vue comme un régulateur ou comme



la résultante de l'équilibre atteint » (Desmarais *et al.*, 1985, p.147). Ainsi, l'individu temporairement déséquilibré soit par les différentes étapes de sa vie, par les circonstances socioéconomiques dans lesquels il est plongé, par les normes imposées par la société occidentale engagera un processus adaptatif. Dans tous les cas, cette adaptation sera reliée à un idéal de la santé mentale et subordonnée aux bagages psychodynamiques de l'individu. Donc, le type de rapport que l'individu développera avec l'ensemble environnemental façonnera sa personnalité et son identité. Ainsi se révéleront des différences individuelles (*Ibid*, p.147). Certains auront la maîtrise sur leur environnement et développeront leur autonomie et d'autres y parviendront avec plus de difficulté ou encore n'arriveront pas à s'adapter. Ce modèle fonctionnaliste peut, d'une part, être transféré à une panoplie de situations socioculturelles (ce que Hacking nomme « vecteurs ») auxquelles nous devons tous, un jour ou l'autre, faire face et, d'autre part, expliquer les différents comportements adaptatifs ou, comme les nomme Hacking (2001), les maladies mentales transitoires.

#### 6.4 Aspects constructionnistes de la représentation « trouble alimentaire »

Nous avons évoqué, à propos de la dynamique des représentations sociales, la théorie des principes organisateurs développée par Willhem Doise. Selon cette théorie, les individus développent et s'approprient des opinions, des attitudes et des stéréotypes à travers les postures et les rôles qu'on leur attribue au sein des groupes. S'appuyant sur la pensée de Bourdieu, Doise soutient que la position « hiérarchique » de l'individu au sein du groupe d'appartenance a une incidence sur le point de vue et les représentations sociales que la personne adoptera à propos d'un objet social. Étant donné la posture professionnelle conférée par le titre de travailleur social, nous nous sommes demandé si les informations et instructions reçues lors des différentes formations et interactions au sein du groupe professionnel, se sont

ajoutées, juxtaposées ou même ont écrasé le savoir de sens commun préalablement acquis au sein de la collectivité au sujet de la notion « trouble alimentaire ».

Afin de répondre à cette question, nous avons cherché à connaître et à comparer les perceptions, les croyances, les connaissances et les attitudes de la population en général et des intervenants en santé mentale à propos de la notion « trouble alimentaires ». Il a été difficile de trouver ces informations, la documentation disponible concernant principalement les perceptions de la population et des spécialistes à l'égard de la notion générale « santé mentale ». Nous avons donc extrait de ces études les attitudes générales face au « trouble » en santé mentale.

À partir d'une méta-analyse de plusieurs études occidentales réalisées entre 1990 et 2004 et concernant les croyances et attitudes du public à l'égard de la maladie mentale, Angermeyer et Dietrich (2006) concluent que les croyances de la population diffèrent de celles des professionnels de la santé mentale en ce qui concerne les causes et les traitements des désordres mentaux. À propos de l'étiologie des désordres mentaux, le public attribue aux facteurs de stress environnementaux une importance considérable qui surpasse les facteurs biologiques. C'est probablement pourquoi le public juge les approches psychosociales plus appropriées et qu'il entretient un préjugé défavorable concernant les approches pharmacologiques.



Une recherche-action (SMPG)<sup>21</sup> (Roelandt *et al.*, 2010) sur les représentations sociales de la « folie », de la « maladie mentale » et de la « dépression », menée depuis 1997 dans plusieurs pays au sein de la population générale, nous a fourni plusieurs informations intéressantes pouvant être confrontées avec nos résultats. Nous n'avons retenu de cette étude que les résultats concernant la dépression en raison des similitudes avec le « trouble alimentaire ». Ainsi, dans le discours de la population, la dépression fait référence à la souffrance psychologique. Elle est caractérisée par une cause environnementale (problème affectif, relationnel, familial, professionnel) et ne survient pas du fait de la vie psychique. Pour plus de la moitié des personnes interrogées (63 %), le « dépressif » est responsable de ses actes, mais une plus grande proportion (70 %) estime que le dépressif n'est pas responsable de sa dépression (*Ibid*, p.55-56).

En ce qui a trait aux opinions que nous avons recueillies auprès des travailleuses sociales rencontrées, rappelons que les aspects sociaux des troubles alimentaires dominant largement les composantes biologiques et, dans une moindre part, les aspects psychologiques. Elles ont nommé plusieurs aspects sociologiques du trouble alimentaire et de la souffrance psychologique qu'il engendre et, en dénonçant la responsabilité individuelle imposée par la société, elles ne tentent pas d'accuser les gens ou de les rendre responsables de leur détresse. Elles partagent donc avec l'ensemble de la population l'opinion que les troubles mentaux sont une forme de « mésadaptation » au milieu environnant.

---

<sup>21</sup> Sous l'égide du Centre Collaborateur de l'Organisation mondiale de la santé pour la recherche et la formation en santé mentale (CCOMS), l'enquête « Santé Mentale en Population Générale (SMPG) » est une recherche-action internationale multicentrique menée depuis 1997, qui a pour objectif de décrire les représentations mentales liées à la « folie », « la maladie mentale », « la dépression » et de sensibiliser les partenaires sanitaires, sociaux, associatifs et politiques à l'importance des problèmes de santé mentale dans la population générale. L'enquête SMPG a été réalisée auprès de plus de 74 000 personnes en France (61 000 individus) et internationalement (13 500 individus). [www.ccomssantementalelillefrance.org](http://www.ccomssantementalelillefrance.org)



Une étude<sup>22</sup> (Morant, 1995) menée en France et en Angleterre révèle que même les professionnels de la santé mentale sont généralement inconfortables avec la compréhension médicale ou psychiatrique de la maladie mentale. Par ailleurs, ces mêmes professionnels utilisent, dans leurs communications, la terminologie psychiatrique pour décrire la maladie mentale. Ainsi ils auront recours à des termes comme « schizophrénie », « phase maniaque », « trouble de la personnalité » qui correspondent aux nosographies de la psychiatrie (DSM-IV, CIM-10). La maladie mentale est décrite comme une incapacité personnelle à faire face à la vie sociale ou une perte de fonctionnalité en rapport avec ce qui est jugé acceptable en société. Dans cette perspective, l'élément central du « trouble » n'est pas le symptôme, mais son impact sur la capacité de la personne à vivre une vie satisfaisante. L'aspect fonctionnel est apparu chez les professionnels des deux pays, mais particulièrement chez les infirmières œuvrant en milieu psychiatrique, les travailleurs sociaux et les ergothérapeutes. Cela met en lumière le lien entre les représentations sociales et la pratique étant donné que ce sont les professionnels les plus impliqués dans la réinsertion sociale des malades mentaux.

Nous retrouvons donc chez les travailleuses sociales rencontrées l'essentiel du discours des intervenants européens interrogés au milieu des années 1990. À part la quasi-absence de termes liés au discours médical, il est surtout question dans leur discours de leur inconfort avec l'aspect médical de la « maladie mentale », de l'aspect fonctionnel du « trouble mental », et de cette incapacité ou de cette difficulté des individus à se réaliser et à vivre une vie satisfaisante selon des critères prescrits. Il y a donc, entre les travailleuses sociales, les professionnels (Morant

---

<sup>22</sup> Des entretiens semi-structurés (n = 60) concernant la description de la « maladie mentale » ont été réalisés auprès de professionnels (psychiatres, infirmières, psychologues, travailleurs sociaux, éducateurs spécialisés, ergothérapeutes) œuvrant dans des services de santé mentale, en région métropolitaine à Londres (n = 30) et à Paris (n = 30).

1995) et la population (Enquête SMPG), peu de divergences concernant les représentations de la santé mentale, ce qui nous amène à conclure à la pérennité et à l'homogénéité des représentations sociales de l'objet « santé mentale » en Occident.

Ce constat rejoint celui de Surault (2005, p.323) qui, suite à l'analyse des résultats de l'enquête SMPG, constate la similarité des représentations de la santé mentale entre les groupes sociaux (culturel, milieu social, niveau d'instruction). Pour Surault, « l'univers culturel de classe serait donc largement dominé par celui de la société tout entière ». Il constate par ailleurs une acceptation inconditionnelle du discours institutionnel quant aux normes et prescriptions de santé et une augmentation de l'intolérance face aux comportements déviants qui viendraient renforcer ces mêmes normes (*Ibid*, p.323). Cela montre l'efficacité de l'apostolat de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) à propos de la santé mentale et de sa redéfinition promulguée dès 1985 et qui s'énonce ainsi :

[L]a santé mentale est la capacité de l'individu, du groupe et de l'environnement d'avoir des interactions qui contribuent au bien-être subjectif, au développement et à l'emploi optimaux des capacités mentales (cognitives, affectives et relationnelles), à la réalisation de buts individuels et collectifs justes et à la création de conditions d'égalité fondamentale. (OMS, 1985, cité dans Sévigny, 1994, p.166)

C'est à partir de cette nouvelle configuration conceptuelle que se sont développés des ensembles de pratique et de recherches visant, entre autres, la promotion de la santé (c'est-à-dire des facteurs favorisant la santé) et non seulement le traitement et la guérison des personnes souffrant de troubles mentaux (*Ibid*).

## 6.5 L'intervention

La deuxième partie de notre question de recherche concernait l'influence des représentations sociales sur les pratiques des intervenantes. À cet égard, Abric (1994, p.40) affirme que, lors de leurs interactions, les individus mettent en branle des connaissances à propos d'eux-mêmes et des objets sociaux qui façonnent leur environnement. Si nous considérons l'intervention comme une forme d'interaction,



nous pouvons dire que les travailleuses sociales, membres d'un groupe professionnel, activent lors de leurs interventions un ensemble enchevêtré de représentations liées, entre autres, aux objets « santé mentale », « travail social », « trouble alimentaire », « interventions » et « psychiatrie ». Par ailleurs, au sein de ces ensembles représentationnels cohabite chez une même intervenante des images, des prises de position et des opinions pouvant être reliées au fait scientifique et parfois au sens commun. À cet effet Moscovici (Moscovici, 2013, p.251), postule, à l'encontre de la théorie psychologique voulant « qu'une seule et unique forme de pensée - la science - finira par s'imposer, et que les autres seront condamnées à disparaître [...] » que les individus ne sont pas monophasiques. Depuis toujours circule dans l'esprit humain et aussi au sein de la société une diversité de formes de pensées et de représentations incompatibles et parfois même contradictoires et qu'il n'y a donc aucune raison pour qu'« une » forme de pensée s'impose à l'homme (*Ibid*, p.252). C'est pourquoi nous convenons de l'originalité des représentations concernant les notions de « troubles alimentaires » et de « troubles mentaux » des travailleuses sociales rencontrées par rapport à celles du milieu psychiatrique. Cette particularité serait due au fait que les intervenantes auxquelles nous nous sommes adressés dans le cadre de notre recherche ont reçu une formation universitaire qui les démarque des autres professionnels de la santé mentale. Ce sont aussi des femmes de leur époque, c'est-à-dire qu'elles partagent des représentations sociales avec l'ensemble de la société et qu'elles sont exposées aux images et idées qui y sont véhiculées à propos de l'idéal féminin. Comme le dit Moscovici « En se représentant une chose ou une notion, on ne se fait pas uniquement ses propres idées ou images. On génère et transmet un produit progressivement élaboré dans d'innombrables lieux selon des règles variées » (1989, p.100). Les travailleuses sociales rencontrées sont, comme vous et moi, perméables aux différents courants idéologiques, culturels et normatifs qui traversent la société. Pour l'ensemble de la population, ces diverses influences participent conjointement à l'élaboration des représentations sociales. Chez les intervenantes qui ont collaboré à notre étude, ces



représentations élaborées au sein de leurs groupes d'appartenances concourent à la compréhension des problématiques auxquelles elles doivent faire face comme professionnelles en santé mentale et aussi à l'élaboration des interventions dans ces différents contextes. Par ailleurs, l'activation d'une représentation ou de certains éléments constituant la représentation dépendra à la fois du contexte dans lequel se trouve l'individu à un moment donné (*Ibid.*) et de sa position au sein de la hiérarchie sociale et professionnelle (Bourdieu, 1979).

En ce qui concerne les représentations des intervenantes à propos de la notion « travail social », nous sommes en mesure de conclure que celles-ci se représentent le travail social comme un accompagnement des individus vers la prise ou la reprise du pouvoir sur l'environnement, autant intérieur qu'extérieur. Cet accompagnement vise à rétablir, chez l'individu, son fonctionnement social. Face à l'autre, l'intervenante sociale adopte une attitude de compréhension, d'empathie et d'écoute. Elle est consciente de la complexité des problématiques vécues par les sujets et aussi de la souffrance qui en découle. Pour la travailleuse sociale, cette souffrance relève d'une altération du lien social. Cette vision du travail social présentée par les intervenantes interrogées rejoint les énoncés de l'ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux et familiaux du Québec (OPTSTCFQ), qui définit ainsi le travailleur social :

[...] Le travailleur social vise à favoriser et renforcer le pouvoir d'agir des personnes et des communautés dans l'exercice de leurs droits, l'accomplissement de leurs rôles sociaux, leurs relations interpersonnelles, leur participation citoyenne en relation avec le développement social. ([www.otstcfq.org/nos-professions](http://www.otstcfq.org/nos-professions))

La représentation « travail social » des intervenantes reste majoritairement celle de l'aide et de l'écoute. Par ailleurs, nous remarquons que le volet engagement social et militant visant à réformer les structures sociales n'a pas été mentionné par les intervenantes.

Dans sa définition du travail social, l'association canadienne des travailleurs sociaux (CASW) spécifie pourtant ce volet comme étant le « fondement de l'exercice du travail social ».

[...] Le travail social se penche sur des problèmes d'ordre individuel et personnel, mais aussi sur des questions d'ordre social plus vastes telles que la pauvreté, le chômage et la violence conjugale. Les droits de la personne et la justice sociale sont les fondements de l'exercice du travail social. ([www.casw-acts.ca/fr/le-travail-social-quest-ce-que-cest](http://www.casw-acts.ca/fr/le-travail-social-quest-ce-que-cest))

À notre avis, cela est révélateur de la société dans laquelle les travailleuses sociales rencontrées évoluent. Aujourd'hui, les déterminants individuels prenant le pas sur les déterminants collectifs, il n'est pas surprenant que le thème de l'engagement social, propre au travail social, ne soit pas apparu. Ce constat a aussi été fait par une équipe de chercheuses dirigée par l'anthropologue Yolande Pelchat lors d'une étude réalisée en 2005 auprès d'intervenants sociaux formés en travail social et œuvrant en Centre local de services communautaires (CLSC). Cette étude a révélé que lors de leurs interactions au sein de leur milieu de travail les intervenantes ne se mobilisent pas face à l'institution et à ses représentants et auront plutôt tendance à mettre de l'avant des « actions individuelles de « travail sur soi » au détriment d'actions à visées collectives » (Pelchat *et al.*, 2005, p.126). Et les chercheuses concluent « que chez les intervenants sociaux, les stratégies identitaires sont fortement orientées vers des actions de représentation du soi à soi » (*Ibid*, p.127).

Concernant l'intervention des travailleuses sociales participant à notre étude, nous remarquons qu'elles se conforment aux étapes de l'intervention proposées par leur association professionnelle (accueil, analyse, plan d'intervention, bilan) et que, malgré une certaine réticence par rapport au modèle biomédical et nutritionnel, elles se disent à l'aise avec le modèle d'intervention qui a cours dans leur milieu de pratique. C'est en questionnant leur idéal d'intervention qu'est apparue cette donnée. Les intervenantes ont évoqué, à propos de l'intervention idéale, des améliorations en termes de financement afin, d'une part, de se sentir moins coincées



dans leurs interventions, et d'autre part, de pouvoir accueillir plus de personnes en détresse dans les programmes de soin. Elles ont aussi proposé la mise en place de messages de prévention et de campagnes publicitaires favorisant l'estime de soi et la différence corporelle.

Par ailleurs, les intervenantes rencontrées ont mentionné ressentir de l'inconfort face à l'appareil bureaucratique. Malheureusement nous n'avons pu, lors de nos entretiens de recherche, aborder en profondeur cet aspect de leur vécu d'intervenante. C'est pourquoi nous demeurons en mode interrogatif quant à ce qui peut se vivre en terme d'implication émotive ou d'établissement d'un lien significatif entre les intervenantes et les aidées lors des interventions en milieux institutionnels étant donné le caractère immanent de la bureaucratie dans l'intervention. À cet effet Gilbert Renaud (2001) parle de l'instrumentalisation de l'intervention. Renaud constate que, de plus en plus, l'intervention doit être scientifiquement efficace. C'est pourquoi des méthodes d'interventions codifiées et prescrites, qui rendent possible l'évaluation et la rentabilité, sont proposées et parfois imposées aux intervenantes œuvrant en contexte institutionnel. Cette posture, de par son intérêt pour la raison et l'objectivité, va à l'encontre de l'essence de l'être humain (*Ibid.*, p.100). Les intervenantes que nous avons rencontrées sont-elles sensibles à l'influence néolibérale qui teinte le modèle médical et favorise le modèle bureaucratique ? Nous n'oserions le dire. Par contre, en ce qui a trait au modèle néolibéral, Christiane Besson et Jérôme Guay (2000, p.19) nous rappellent qu'il est centré sur l'efficacité et non sur la personne et son environnement et qu'une approche relevant de ce modèle ne peut offrir que des réponses standards à des usagers qui sont loin d'être homogènes et qui réclament des attentions particulières (*Ibid.*). Les auteurs ajoutent que ces stratégies de standardisation, visant l'efficacité de l'intervention, favorisent la mise à distance de la personne en recherche d'aide et ne peuvent servir que l'institution. En bout de ligne, la personne en souffrance est la seule perdante (*Ibid.*, p.270).



## 6.6 Milieu professionnel et interdisciplinarité

Les intervenantes œuvrant en milieu institutionnel ont décrit la fluidité des rôles entre les différentes professionnelles : infirmières, psychologues, travailleuses sociales. Cette situation, où les fonctions paraissent interchangeable, amenait les participantes de notre étude à se questionner sur le système professionnel et à se demander pourquoi nous cherchions tant, dans notre société, à catégoriser les actes d'interventions. Pour comprendre et interpréter cette situation, où la spécialisation des interventions prend de plus en plus de place, nous proposons de revenir sur ce que nous avons énoncé précédemment quant aux préceptes de performance, d'efficacité et de professionnalisation dans les milieux institutionnels. Dans le contexte de santé mentale, une des conséquences de cette posture est une vue éclatée de l'être humain qui tente de séparer l'individu dans ses parties psychologiques et sociologiques. Ce contexte de spécialisation est l'aboutissement d'un cheminement initié par la médecine professionnelle. Cette discipline a été la première, en raison de l'ampleur et de la complexité des découvertes scientifiques et techniques, à répartir les apprentissages des futurs médecins en spécialités. Avec le temps, ce mouvement de spécialisation s'est amplifié et a touché l'ensemble des métiers de l'intervention. Cela a aussi favorisé l'avènement de nouvelles professions qui, au Québec et ailleurs en Occident, ont rejoint le psychiatre auprès des patients. Une autre des conséquences de la spécialisation de la médecine et de l'intervention est que l'offre curative en santé mentale est dorénavant offerte selon les catégories diagnostiques proposées par les éditions successives du DSM. Ainsi, l'hôpital psychiatrique offre des services à travers différents programmes : les troubles anxieux et de l'humeur, les troubles des conduites alimentaires, troubles psychotiques, troubles relationnels et de la personnalité, etc. Cette situation va à l'encontre de la réalité des usagers de ces services qui sont des êtres complexes vivant des situations plurielles allant au-delà de la catégorisation diagnostique.

Dans le système professionnel dédié aux soins, l'État a confié aux médecins la responsabilité légale des interventions et l'application des standards scientifiques reconnus. Ce sont eux qui, dans ce système pseudo-libéral, recommandent leurs patients à l'intervention des autres professionnels, eux aussi dûment accrédités par le système professionnel. Cette situation de hiérarchisation institutionnelle atténue l'inévitable conflit d'influence entre les différentes disciplines dévolues aux soins et à l'intervention. Dans un texte publié en 1967, le médecin psychiatre Georges Aird illustre ainsi les difficultés de la cohabitation interprofessionnelle en santé mentale :

Les équipes qui ont une certaine longévité sont souvent celles qui ont réussi à réduire au minimum les frottements interprofessionnels, à quitter ce champ de bataille factice et stérile. Cependant, le reflet des lois et des règlements régissant le domaine de la santé, favorise nettement une mentalité corporatiste, qui se traduit par des lignes hiérarchiques parallèles où chaque profession tente jalousement de conserver son autonomie, et par des discussions de plus en plus âpres sur le champ clinique laissé à chaque profession. (Aird, 1976, p.64)

Depuis ce temps, la situation a continué d'évoluer vers plus de spécificité et de spécialisation, et la Loi sur la révision du Code des professions, promulguée en 2013, nous y propulse inexorablement. Nous nous éloignons implacablement de la pensée de Norbert Élias, qui remettait en cause le découpage des sciences humaines en prônant l'avènement d'« une » science de l'homme (Élias, 1987). Les défenseurs de la spécialisation, dans une tentative de rationalisation, voudraient scinder l'individu dans ses composantes sociales et psychologiques. Cette tentative est un cul-de-sac et nous ramène au débat byzantin à propos de l'inné et de l'acquis qui, depuis l'Antiquité, anime et enflamme philosophes et scientifiques. Au Québec, le système professionnel favorise la division entre les composantes psychologiques, qui relèveraient des psychologues, et les composantes sociales qui, nous le déduisons et le souhaitons, relèveraient des travailleuses sociales. Les intervenantes que nous avons rencontrées sont mitigées quant à cette « désintégration » de l'acte thérapeutique. L'imbrication des aspects sociaux et psychologiques est inextricable



et l'on ne peut aborder l'un sans toucher à l'autre. Les intervenantes qui ont compris intuitivement cette imbrication n'ont pas de difficulté à aborder toutes les formes de difficultés que vivent les êtres humains. Par contre, l'inconfort de certaines intervenantes sociales est évident lorsqu'elles se retrouvent cantonnées à un rôle professionnel qui catégorise les actes d'interventions et où l'être humain est isolé dans ses aspects psychologiques ou sociaux. Celles qui tentent d'aborder l'être humain uniquement sous une de ses facettes, psychologique ou sociale, se sentent parfois désemparées face à certaines problématiques. Par exemple, la nouvelle entité diagnostique *hyperphagie boulimique*, récemment répertoriée dans le DSM, déroute bon nombre d'intervenantes œuvrant en contexte de trouble alimentaire. Elles se retrouvent dans une impasse ne sachant par quel bout empoigner cette problématique afin d'intervenir.

Pour clore ce chapitre, un dernier mot à propos de l'étude des représentations sociales. L'étude de cette notion a permis de constater la dynamique complexe qui existe entre les composantes psychologiques de l'être humain et son environnement. Elle a aussi révélé le caractère construit de la représentation sociale qui se dévoile lors de la mise en perspective des éléments historiques de la problématique. Tout l'intérêt de cette démarche réside dans ce regard en arrière afin de voir comment était auparavant considérée la chose qui fait « problème » aujourd'hui et de se demander pourquoi ces considérations sont si différentes à l'heure actuelle. L'idée derrière cette démarche n'est pas de tout remettre en question, mais de se demander de quelle manière ces considérations prennent effet dans nos vies à tous. En fait, le constructionnisme social, paradigme englobant la théorie des représentations sociales, nous invite à revoir notre interprétation de la réalité sociale dans laquelle nous évoluons. Cette prise de conscience peut nous permettre de nous libérer du carcan de l'idéologie ou des croyances et nous invite à faire des choix conscients et éclairés, et c'est ici, au détour de cette prise de conscience que nous retrouvons l'essence de cette notion chère au travail social : l'*empowerment*.







## CONCLUSION

Au terme de cette considérable démarche, nous pouvons rendre compte de la satisfaction que nous en avons retirée. Ce cheminement académique nous a permis, entre autres, d'approfondir nos connaissances et de réfléchir aux fondements de notions telles que l'intervention, le travail social, le système professionnel, l'alimentation et ce qui définit le pathologique et le normal dans notre société.

Cette recherche qualitative visait l'exploration des représentations sociales des travailleuses sociales œuvrant en contexte psychiatrique et plus particulièrement auprès des personnes vivant des « troubles alimentaires ». Elle n'avait pas pour objectif la découverte de la « vérité », mais invitait simplement à une mise en perspective. C'est avec l'approche du constructionnisme social que nous avons choisi d'étudier cette problématique relevant de l'alimentation et de la médicalisation des comportements. Notre démarche se voulait inductive étant donné que nous n'avions pas d'a priori et que les constats et le questionnement sont venus de l'analyse des données.

L'élaboration de la problématique nous a permis de mettre en parallèle les comportements alimentaires actuels et ceux du passé, ce qui nous a fait prendre conscience de la transformation de nos croyances concernant l'alimentation. Nous avons aussi découvert que les transformations des représentations sociales sont tributaires des conditions sociales et économiques dans lesquelles nous évoluons. Derrière les moments forts et les mouvements de civilisation, concourant à la transformation des représentations relatives à l'acte alimentaire et aux pathologies comportementales, nous sont apparus des mécanismes qui nous semblent essentiels chez l'être humain. Par exemple, le principe d'homéostasie, autant physiologique



que psychologique, qui fait que nous ne pouvons tolérer l'angoisse et qui nous incite constamment à rechercher un point neutre, un point de confort ; le besoin paradoxal de faire partie du groupe sans y perdre son identité ; le besoin d'être encadré par des règles et des normes afin de se sentir en sécurité ; cette constante et inconsciente révision de nous-mêmes qui évalue notre degré d'influence face à l'autre et qui nous tire vers l'habitus le plus prestigieux.

En analysant les données recueillies, nous avons constaté la complexité du système représentationnel de l'être humain. C'est en considérant l'intervention que nous avons pris conscience qu'il y avait plus d'une représentation de l'action de l'intervention. Par ailleurs, même si au départ nous n'avions pas d'hypothèse ferme quant à ce que nous allions trouver chez les travailleuses sociales, nous avons été surpris de voir apparaître une couleur économique dans l'interprétation des résultats. Dans cette perspective, il nous est apparu comme une évidence que la science et la technologie ont adopté la logique de l'économie de marché qui tente de tout chiffrer (l'éducation, la thérapie, les soins, la vie) et où tout doit être profitable : tout ce qui n'est pas rentable n'en vaut pas la peine et doit être rejeté. Même l'individu devenu *entrepreneur de lui-même* n'échappe pas à ces règles du marketing. Il doit aussi se mettre en marché et gérer son corps et ses affects afin de rejoindre l'idéal de soi prescrit. Ce puritanisme commercial favorise la responsabilisation à outrance des individus et encourage le repli sur soi. C'est cette conjoncture sociale et économique qui, imposée à l'individu, est source de souffrance et institue le « trouble ».

La souffrance ressentie et son intensité sont toujours d'ordre relationnel et question d'interprétation. Lorsqu'une personne souffre de n'avoir pas été suffisamment reconnue, c'est l'environnement social qu'il faut questionner, et un questionnement de cet ordre implique une thérapeutique du même type. Alors on peut se demander :

« Quelle pourrait être l'offre curative si l'aspect culturel de l'étiologie des troubles alimentaires était plus largement considéré par nos institutions ? »

Au cours de ce travail, nous avons aussi constaté que les travailleuses sociales rencontrées sont, comme membres de notre société, imprégnées des discours et des idéologies qui y circulent. Il ne pourrait d'ailleurs en être autrement, personne n'est immunisé contre les influences de ce qui circule au sein du groupe. Elles sont aussi secouées par les jeux d'influences qui s'exercent entre les différentes disciplines de l'intervention, chacune de ces spécialités se réclamant de l'aura scientifique afin de tenir le haut du pavé. Ainsi, les travailleuses sociales en empruntant les outils thérapeutiques de la médecine et de la psychologie se retrouvent dans une posture inconfortable quant à leur identité professionnelle. La science, les aspects légaux, la rentabilité qui encadre l'exercice du travail social confrontent les valeurs humanistes qui ont fondé la profession. Par ailleurs, la tendance à la spécialisation des actes d'interventions n'est pas près de s'essouffler, et cela représente un autre défi identitaire qui devra être relevé par le travail social.

Avant de terminer, nous aimerions rappeler que notre étude contient nécessairement des biais et des limites liés à la méthodologie employée et à notre subjectivité de chercheur. Par exemple, nous aurions pu utiliser un échantillon avec des caractéristiques différentes et utiliser une autre méthodologie, ou même plus d'une méthode, afin de bien saisir la complexité des représentations sociales. Notre analyse aurait pu aussi être corroborée et validée par un autre chercheur, et même avec les personnes ayant participé au projet. Malgré ces limitations, nous considérons avoir atteint l'objectif principal de notre travail qui conviait le lecteur à une prise de conscience de la relativité de nos croyances et de ce que nous considérons comme « normal » et « naturel » dans notre société. En outre, nous croyons que notre travail peut offrir une base solide pour aller vers plus de questionnement et d'exploration à propos de l'intervention en travail social et aussi

pour mieux comprendre le contexte culturel dans laquelle baigne la notion de « trouble alimentaire ». Ainsi s'ouvrent plusieurs pistes de réflexions et de questionnement concernant l'appréciation et l'analyse des représentations sociales, du point de vue des personnes souffrantes aux prises avec des désordres alimentaires et de celui des dirigeants institutionnels responsables de la mise en œuvre des pratiques thérapeutiques. Il serait aussi intéressant d'explorer les méandres de l'intervention et de ce qui s'y joue en termes d'implication émotive et d'établissement ou de rétablissement du lien social, et aussi de rechercher l'incidence de ces composantes psychologiques et sociales sur le bien-être des personnes faisant l'objet d'une intervention.

Nous souhaitons, en terminant, avoir instillé en vous de la curiosité ou même de l'intérêt pour les approches du constructionnisme et des représentations sociales et nous espérons vous avoir fait partager notre enthousiasme et notre foi pour la profession du travail social.



## APPENDICE A : Grille d'entrevue

### Axe 1 TS: Cheminement académique et professionnel.

- Pouvez-vous me brosser un portrait de votre cheminement académique et professionnel?
- Des formations spécifiques en TCA?
- Qu'en retenir, qu'est-ce qui a été le plus marquant, le plus significatif?
- Qu'elle est la motivation qui vous a amené à travailler dans le secteur de la santé mentale et particulièrement en contexte de TCA?

### Axe 2 TCA : La représentation sociale des TCA.

- SVP, citez-moi 5 mots qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez trouble alimentaire.
- Personnellement, quelle est votre définition des troubles du comportement alimentaire? Ou encore : Qu'est-ce que cela signifie pour vous?
- Comment interprétez-vous la notion de trouble?
- Selon vous quels sont le déclencheur et/ou les causes de ces conduites?
- Comment percevez-vous l'évolution des troubles alimentaires dans l'histoire et la culture occidentale?
- Comment les gens qui viennent en consultation perçoivent-ils leur problématique?

### Axe 3 TS: Le processus d'intervention.

- SVP, citez-moi 5 mots qui vous viennent à l'esprit lorsque vous pensez travail social.

- Pouvez-vous me décrire un processus d'intervention – un traitement type?
- Selon vous, quels fondements théoriques (énoncés précédemment?) viennent-ils influencer vos interventions?

Axe 4 TS: La spécificité de l'intervention.

- D'après vous, quelle est votre couleur personnelle comme intervenante. Comment d'après vous les gens qui vous consultent vous perçoivent-ils?
- Qu'est-ce qui distingue vos interventions de celles du psychologue, du psychiatre ou de l'infirmière?
- Lors des rencontres professionnelles, avez-vous l'impression de tenir un discours différent (point de vue divergent, approches particulières des TCA, etc.) des autres professionnels?
- Comme professionnelle avez-vous l'impression d'avoir toute la latitude souhaitée pour intervenir?
- Dans un monde idéal, comment devraient se dérouler les interventions à propos des TCA?

Axe 5 :Profil social

- Année de naissance
- Sexe
- Pratique privée – institutionnelle - communautaire
- Années d'expérience comme intervenante sociale

## APPENDICE B : Lettre d'introduction

Mars 2013

Madame, Monsieur,

Aujourd'hui, je viens solliciter votre participation à mon projet de recherche. Je suis étudiant à la maîtrise à l'École de travail social de l'UQAM et je m'intéresse aux représentations sociales et à la spécificité de l'intervention des travailleuses sociales auprès des personnes vivant des troubles de comportement alimentaires. Comme je suis certain que vous êtes préoccupé tout autant que moi par cette problématique, peut-être serez-vous aussi intéressé à découvrir ce que peuvent apporter de particulier les travailleurs sociaux dans ce champ de la santé mentale.

La recherche que je mène est exploratoire et de nature qualitative. Je planifie, au cours des prochaines semaines, recueillir l'information à l'aide d'entretiens de type semi-directifs à questions ouvertes. Selon Poupart (1997, p.175) cette méthode est particulièrement intéressante pour appréhender l'expérience des intervenants tout en respectant leur perspective à propos de la problématique à l'étude et le sens qu'ils donnent à leurs actions. Ce projet de recherche a été lu et approuvé par mon directeur de mémoire, M. Henri Dorvil, professeur à l'École de travail social de l'UQAM ainsi que par le comité d'éthique de l'UQAM.

J'espère pouvoir réaliser le plus d'entrevues possible avec des travailleurs sociaux, de formation universitaire ou collégiale qui cumulent plus d'un an d'expérience d'intervention auprès des personnes vivant des troubles de conduite alimentaire.

Lors de cette rencontre, je vous propose d'aborder ces quatre axes qui serviront à guider l'entretien:

Axe 1 :           Cheminement académique et professionnel

Axe 2 :           La représentation sociale du phénomène des TCA chez les intervenants travailleurs sociaux.



Axe 3 : Le processus d'intervention

Axe 4 : La spécificité de l'intervention

Les entrevues seront enregistrées sur support audio numérique et prendront vraisemblablement 90 minutes de votre temps. Je suis disponible aux heures ouvrables, en soirée et les fins de semaine. Si vous désirez participer à mon projet de recherche, je souhaiterais vous téléphoner afin de convenir d'un rendez-vous à un moment et un endroit qui vous convient.

Il n'y a pas véritablement de risques à participer à cette recherche parce qu'il vous sera toujours possible de ne pas répondre à une question si cela vous gêne ou pour toute autre raison qui n'aura pas à être justifiée. De plus, votre identité ainsi que votre milieu de pratique ne seront connus que de moi. Toutes les données recueillies seront dénommées de manière à ce qu'il soit impossible d'identifier un lieu de pratique ou un intervenant. Il vous sera aussi possible de retirer votre participation à ce projet ainsi que les informations divulguées à tout moment jusqu'au dépôt du présent mémoire à l'École de travail social de l'UQAM.

Une réponse de votre part serait appréciée avant le mois de XXXXX 2013. Je joins à la présente requête un formulaire de consentement éclairé ainsi qu'une enveloppe-réponse affranchie que vous pourrez utiliser à votre convenance.

Je demeure à votre disposition pour vous fournir tout autre renseignement utile. En espérant que vous donnerez une suite favorable à ma demande, je vous prie d'agréer, Madame, Monsieur, mes sincères salutations.

Claude Lavoie, TS

## APPENDICE C Certificat éthique

**UQAM** **Faculté des sciences humaines**  
Université du Québec à Montréal

### Certificat d'approbation éthique

Le Comité d'éthique de la recherche pour les projets étudiants de la Faculté des sciences humaines a examiné le projet de recherche suivant et l'a jugé conforme aux pratiques habituelles ainsi qu'aux normes établies par le *Cadre normatif pour l'éthique de la recherche avec des êtres humains* (juin 2012) de l'UQAM :

***Exploration des représentations sociales et des pratiques d'intervention du travailleur social en contexte de troubles alimentaires***

**Claude Lavoie, étudiant à la maîtrise en travail social**

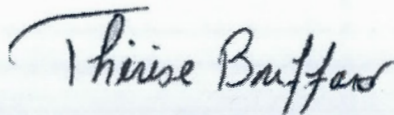
**Sous la direction de Henri Dorvil, professeur à l'École de travail social**

Toute modification au protocole de recherche en cours de même que tout événement ou renseignement pouvant affecter l'intégrité de la recherche doivent être communiqués rapidement au comité.

La suspension ou la cessation du protocole, temporaire ou définitive, doit être communiquée au comité dans les meilleurs délais.

Le présent certificat est valide pour une durée d'un an à partir de la date d'émission. Au terme de ce délai, un rapport d'avancement de projet doit être soumis au comité, en guise de rapport final si le projet est réalisé en moins d'un an, et en guise de rapport annuel pour le projet se poursuivant sur plus d'une année. Dans ce dernier cas, le rapport annuel permettra au comité de se prononcer sur le renouvellement du certificat d'approbation éthique.

**Certificat émis le 14 février 2013. No de certificat : FSH-2013-10.**



Thérèse Bouffard  
Présidente du comité  
Professeure au Département de psychologie





## APPENDICE D : Formulaire de consentement éclairé

Projet de recherche pour l'exigence partielle de la maîtrise en travail social :

« Exploration des représentations sociales et des pratiques d'interventions de la travailleuse sociale en contexte de troubles alimentaires »

### IDENTIFICATION

Chercheur responsable du projet : Claude Lavoie

Programme d'enseignement : maîtrise en travail social

Adresse courriel : [lavoie.claude.6@courrier.uqam.ca](mailto:lavoie.claude.6@courrier.uqam.ca)

Téléphone : (514) 254-3421

### BUT GÉNÉRAL DU PROJET ET DIRECTION

Vous êtes invité(e) à prendre part à ce projet visant à découvrir comment les travailleurs sociaux se représentent le phénomène des troubles alimentaires et quelles sont les approches qu'ils privilégient en intervention. Ce projet est réalisé dans le cadre d'un mémoire de maîtrise sous la direction de M. Henri Dorvil, professeur à l'École de travail social de la Faculté des Sciences humaines. Il peut être joint au (514) 987-3000 poste 3582 ou par courriel à l'adresse : [dorvil.henri@uqam.ca](mailto:dorvil.henri@uqam.ca).

### PROCÉDURE(S) OU TÂCHES DEMANDÉES AU PARTICIPANT

Votre participation consiste à donner une entrevue individuelle au cours de laquelle il vous sera demandé de décrire et d'élaborer, entre autres choses, sur : votre cheminement personnel (académique et professionnel); votre définition et compréhension personnelle des troubles alimentaires; le processus et la spécificité

de votre intervention. Avec votre permission, cette entrevue sera enregistrée sous format numérique et prendra environ 90 minutes de votre temps. Le lieu, la date et l'heure de l'entrevue seront à convenir entre les participants et le chercheur responsable du projet.

## AVANTAGES ET RISQUES

Votre participation contribuera à une meilleure compréhension du travail accompli par les travailleuses sociales ainsi qu'à l'avancement des connaissances à propos de l'intervention. Vous devez cependant prendre conscience que certaines questions pourraient raviver des émotions désagréables liées à une expérience que vous avez peut-être mal vécue. Par ailleurs, les risques d'inconfort associé à votre participation sont minimisés du fait que vous demeurez libre de ne pas répondre à une ou des questions que vous estimez embarrassantes, et ce, sans avoir à vous justifier. Aussi, en cas de besoin, une ressource d'aide appropriée pourra vous être proposée si vous souhaitez discuter de votre situation.

## ANONYMAT ET CONFIDENTIALITÉ

Il est entendu que les renseignements recueillis lors de l'entrevue sont et demeureront confidentiels. Seuls le responsable du projet et son directeur de recherche, M. Henri Dorvil, auront accès à votre enregistrement et au contenu de sa transcription. Le matériel de recherche (enregistrement numérique et transcription codée) ainsi que votre formulaire de consentement seront conservés séparément sous clé par le responsable du projet selon les critères de confidentialité de l'Ordre des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec (otstcq). Les enregistrements ainsi que les formulaires de consentement seront détruits 5 ans après les dernières publications du projet.

## PARTICIPATION VOLONTAIRE

Votre participation à ce projet est volontaire. Cela signifie que vous acceptez de participer au projet sans aucune contrainte ou pression extérieure, sachant de plus, que vous êtes libre de mettre fin à votre participation en tout temps au cours de cette recherche. Dans ce cas, les renseignements vous concernant seront détruits. Votre accord à participer implique également que vous acceptez que le responsable du projet puisse utiliser les renseignements recueillis et la présente recherche à des fins de publication d'articles, de mémoire, de conférences et de communications

scientifiques à la condition qu'aucune information permettant de vous identifier ne soit divulguée à moins d'un consentement explicite de votre part.

#### COMPENSATION FINANCIÈRE

Votre participation à ce projet est offerte gratuitement. Un résumé des résultats de recherche vous sera transmis au terme du projet.

#### DES QUESTIONS SUR LE PROJET OU SUR VOS DROITS?

Vous pouvez contacter Claude Lavoie, le responsable du projet au numéro (514) 254-3421, pour des questions additionnelles sur le projet. Vous pouvez également discuter avec le directeur de recherche, M. Henri Dorvil, des conditions dans lesquelles se déroule votre participation et de vos droits en tant que participant de recherche.

Le projet auquel vous allez participer a été approuvé sur le plan éthique de la recherche avec des êtres humains. Pour toutes questions ne pouvant être adressées au directeur de recherche ou pour formuler une plainte ou des commentaires, vous pouvez contacter le Président du Comité d'éthique de la recherche pour étudiants (CÉRPÉ), par l'intermédiaire de son secrétariat au numéro (514) 987-3000, poste 3642 ou par courriel à : Mme Anick Bergeron, Agente de recherche et de planification, Faculté des Sciences humaines, [bergeron.anick@uqam.ca](mailto:bergeron.anick@uqam.ca).

#### REMERCIEMENTS

Votre collaboration est importante à la réalisation de ce projet et nous tenons à vous en remercier.

#### SIGNATURES

Je reconnais avoir lu le présent formulaire de consentement et je consens volontairement à participer à ce projet de recherche. Je reconnais aussi que le responsable du projet a répondu à mes questions de manière satisfaisante et que j'ai disposé suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer. Je comprends que ma participation à cette recherche est totalement volontaire et que je peux y mettre fin en tout temps, seulement en informant le responsable du projet, et cela sans pénalité ni justification d'aucune forme.



Signature du participant :

Date :

Nom (lettres moulées) et coordonnées :

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages, les risques du projet et avoir répondu autant que je sache aux questions posées.

Signature du responsable du projet :

Date :

## BIBLIOGRAPHIE

- Abric, Jean-Claude. 1989. «L'étude expérimentale des représentations sociales». In *Les représentations sociales*, Denise Jodelet, p. 205-223. Paris: Les Presses Universitaires de France.
- , 2001. «A structural approach to social representations ». In *Représentations of the social*, Sous la direction de K. Deaux & G. Philogène, p. 42-47. Oxford: Blackwell Publishers.
- , 2003. «La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales». In *Méthodes d'études des représentations sociales*, Sous la direction de Jean-Claude Abric, p. 59-80. Ramonville Saint Agne: Érès.
- Abric, Jean Claude. 1994. «Les représentations sociales: aspects théoriques». In *Pratiques sociales et représentations*, Sous la direction de Jean-Claude Abric, p. 11-36. Paris: Les Presses Universitaire de France.
- Aebischer, Verena, et Dominique Oberlé. 2012. *Le groupe en psychologie sociale*. Paris: Dunod, 245 p.
- Aird, Georges. 1976. «La psychiatrie de secteur en hôpital général». *Santé mentale au Québec*, vol. 1, no 1, p. 61-66.
- Alarcon, R. 2009. «Culture, facteurs culturels et diagnostic psychiatrique: revue de la question et étude prospective». *World Psychiatry*, vol. 8, no 3, p. 7-17.
- Angermeyer, M.C. , et S. Dietrich. 2006. «Public beliefs about and attitudes towards people with mental illness: a review of population studies». *Acta Psychiatrica Scandinavica*, no 113, p. 163-179.
- APA. 2003. *DSM IV-TR : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*. Traduction de Julien Daniel Guelfi et de Marc-Antoine Crocq. Paris: Masson, 1065 p.
- Apostolidis, Thémis, Gérard Duveen et Nikos Kalampalikis. 2002. «Représentations et croyances». *Psychologie & Société*, no 5, p. 7-11.

- Atkinson, Donald R., Roger L. Worthington, Dawn M. Dana et Glenn E. Good. 1991. «Etiology Beliefs, Preferences for Counseling Orientations, and Counseling Effectiveness». *Journal of Counseling Psychology*, vol. 38, no 3, p. 258-264.
- Bangerter, Adrian. 2008. *La diffusion des croyances populaires. Le cas de l'effet Mozart*. Grenoble: Les Presses de l'Université de Grenoble, 213 p.
- Beauregard, Mario. 2013. *Les pouvoirs de la conscience. Comment nos pensées influencent la réalité*. Traduction de Reanud Evrard. Paris: Interéditions, 232 p.
- Béliveau, Georgette, et Lise Hébert. 1996. «Les modèles de rattachement du service social en milieu hospitalier. Des faits, des enjeux et des défis». *Service social*, vol. 45, no 3, p. 9-30.
- Berheim, Émanuelle. 2011. «Les décisions d'hospitalisation et de soins psychiatriques sans le consentement des patients dans des contextes clinique et judiciaire: une étude du pluralisme normatif appliqué». Thèse de doctorat, Montréal, Faculté de droit, Université de Montréal, 882 p.
- Berthiaume, Jean-François. 2009. «Rôle et contribution du travail social médical en hôpital universitaire». Thèse de doctorat, Montréal, Faculté des Arts et Sciences, École de service social, Université de Montréal, 302 p.
- Besson, Christiane, et Jérôme Guay. 2000. *Profession travailleur social. Savoir évaluer, oser s'impliquer*. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur, 286 p.
- Bilodeau, Guy. 2005. *Traité de travail social*. Rennes: Éditions ENSP, 295 p.
- Borgeat, François , et Ariel Stravynski. 1985. «Les implications des modèles explicatifs biologiques sur les pratiques cliniques en psychiatrie». *Santé mentale au Québec*, vol. 10, no 1, p. 75-80.
- Bourdieu, Pierre. 1979. *La distinction. Critique sociale du jugement* Paris: Éditions de minuit. Collection: le sens commun, 670 p.
- Bovina, Inna B. 2006. «Représentations sociales de la santé et de la maladie chez les jeunes Russes: «force» versus «faiblesse»». *Papers on Social Representation*, vol. 15, p. 5.1 - 5.11.



- Brouwer, A. C., C. Mirable-Sarron et A. Pham-Scottez. 2009. «Les troubles des conduites alimentaires». In *Les addictions comportementales. Aspects cliniques et psychopathologiques*, Sous la direction d'Isabelle Varescon, p. 133-203. Collines de Wavre: Éditions Mardaga.
- Bynum, Caroline Walker 1985. «Fast, feast, and flesh : the religious significance of food to medieval women». *Representation*, no 11, p. 1-25.
- Cadotte, Robert. 2012. *Lettre aux enseignantEs. L'école publique va mal! Les solutions dont on ne veut pas parler*. Ville Mont-Royal: M Éditeur, 283 p.
- Centre de référence du grand Montréal. 2012. «Répertoire des services communautaires du Grand Montréal». Centre de référence du grand Montréal. En ligne. <<http://www.info-reference.qc.ca/>>. Consulté le 12 janvier 2013.
- Chauffaut, Delphine , et Élodie David (2003). La notion d'autonomie dans le travail social : l'exemple du RMI. Paris, Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie. Septembre No.186
- Chénard, Josée, et Josée Grenier. 2012. «Concilier les logiques pour une pratique de sens: exigence de solidarité». *Intervention*, vol. 1, no 136, p. 18 - 29.
- Church, Jennifer. 2004. «Social constructionist models». In *Philosophy of psychiatry: a companion*, Sous la direction de Jennifer Radden, p. 393-406. New York; Toronto: Oxford University Press.
- Codol, Jean-Paul. 1969. «Représentation de soi, d'autrui et de la tâche dans une situation sociale». *Psychologie française*, vol. 14, p. 217-228.
- Cohen, David. 2011. «La médicalisation». In *Problème sociaux, Tome I. Théories et méthodologies*, Sous la direction de Henri Dorvil et de Robert Mayer, p. 217 - 231. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Collin, Johanne, et A. Jacob Suissa. 2007. «Les multiples facettes de la médicalisation du social». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 19, no 2, p. 25 - 33.
- Corin, Ellen, Marie-Laurence Poirer et Lourdes Rodriguez. 2011. *Le mouvement de l'être. Paramètres pour une approche alternative du traitement en santé mentale*. Montréal: Presses de l'Université du Québec, 198 p.

- Couturier, Yves , et François Huot. 2003. «Discours sur la pratique et rapports au théorique en intervention sociale : explorations conceptuelles et épistémologiques». *Nouvelles pratiques sociales*, vol. 16, no 2, p. 106-124.
- Crawford, Robert. 2006. «Health as a meaningful social practice». *Health*, vol. 10, no 4, p. 401-420.
- Darmon, Murielle. 2003. *Devenir anorexique. Une approche sociologique*. Paris: Éditions la découverte, 350 p.
- De Sá, Celso Pereira, et D.C Oliveira. 2002. «Sur la mémoire sociale de la découverte du Brésil ». In *La mémoire sociale : Identités et Représentations sociales*, Sous la direction de Stéphane Laurens & Nicolas Roussiau, p. 107-117. Rennes: Les Presses Universitaires de Rennes.
- Dépelteau, François. 1998. *La démarche d'une recherche en sciences humaines. De la question de départ à la communication des résultats*. Saint-Nicolas: Les presses de l'Université Laval, 417 p.
- Desloges, Yvon 2011. «Les Québécois francophones et leur "identité" alimentaire : de Cartier à Expo 67». *Cuizine: The Journal of Canadian Food Cultures / Cuizine : revue des cultures culinaires au Canada*, vol. 3, no 1, p. 0-0.
- Desmarais, Danielle, Chantal Perreault, Aimé Lebeau et Denis Allard. 1985. «Les pratiques de santé mentale dans l'espace du non-travail: problématique de recherche». *Sociologie et société*, vol. 17, no 1, p. 143-156. .
- Di Vittorio, p. 2005. «De la psychiatrie à la biopolitique, ou la naissance de l'État bio-sécuritaire». In *Michel Foucault et le contrôle social*, Sous la direction de Alain Beaulieu, p. 91-123. Québec: Presses de L'Université Laval.
- Dion, Emeline , Leila Hussein et Clémentine Prodolliet. 2011. «La distinction sociale vue à travers les pratiques de l'anorexique». Genève, Faculté de sociologie, Université de Genève, 58 p.
- Doise, W., et A. Palmonari. 1986. *Texte de base en psychologie : L'étude des représentations sociales*. Neuchâtel: Delachaux & Niestlé, 206 p.
- Dortier, Jean-François. 2008. *Dictionnaire des sciences humaines*. Auxerre: Éditions des sciences humaines, 829 p.
- Dorvil, Henri. 1988. *De l'Annonciation à Montréal. Histoire de la folie dans la communauté. 1962-1987*. Montréal: Éditions Émile Nelligan, 280 p.



- , 2011. «Le handicap. Origines et actualité d'un concept». In *Problèmes sociaux. Tome I. Théories et méthodologies*, Sous la direction de Henri Dorvil et de Robert Mayer, p. 191- 215. Montréal: Presses de l'Université du Québec.
- Dorvil, Henri, et Robert Mayer. 2011. «Les approches théoriques». In *Problèmes sociaux. Tome I. Théories et méthodologies*, Henri Dorvil et Robert Mayer, p. 15-29. Montréal: Les presses de l'Université du Québec.
- Douglas, Institut universitaire en santé mentale. 2012. «Troubles de l'alimentation: traitement». En ligne. <<http://www.douglas.qc.ca/info/troubles-alimentation-traitements>>. Consulté le 17 juillet 2012.
- Dumas, Jean E. 2002. *Psychopathologie de l'enfant et de l'adolescent*. Bruxelles: De Boeck, 520 p.
- Dupin, Henri 1992. *Alimentation et nutrition humaine*. Paris: ESF éditeurs, 1537 p.
- Durkheim, Émile. 1897, 1967. *Le suicide. Étude de sociologie*. Paris: Les Presses Universitaires de France, 462 p.
- , 1898. «Représentations individuelles et représentations collectives». *Revue de Métaphysique et de Morale*, vol. VI, no du mois de mai
- Dutrénit, Jean-Marc. 1977. «Fonction médicale et travail social à l'hôpital psychiatrique». *Revue française de sociologie*, vol. 18, no 2, p. 301-315.
- Élias, Norbert. 1987. *La société des individus*. Traduit de l'allemand par Jeanne Étoré. Paris: Fayard, 301 p.
- Essemyr, Mats. 1993. «Pratiques alimentaires : le temps et sa distribution. Une perspective d'histoire économique». In *Le Temps de manger alimentation, emploi du temps et rythmes sociaux*, Sous la direction de Maurice Aymard, Françoise Sabban et Claude Grignon, p. 139-148. Paris: Maison des sciences de l'homme. Institut national de la recherche agronomique.
- Facy, Adeline 2009. «L'impact de la médicalisation du discours alimentaire sur la représentation sociale du Bien Manger». Mémoire de Maîtrise, Rouen, Faculté des sciences de l'Éducation, Université de Rouen, 174 p.
- Farb, Peter, et George Amalagos. 1980. *Anthropologie des coutumes alimentaires*. Traduction de William Desmond. Paris: Denoël, 267 p.



- Farr, R.M. 1987. «The science of mental life : A social psychological perspective». *Bulletin of the psychological society*, vol. 40, p. 1-17.
- Faucher, Luc. 1999. *L'histoire de la folie à l'âge de la construction sociale: Compte rendu critique de L'âme réécrite de Ian Hacking*. Montréal: Groupe de recherche en épistémologie comparée (GREC), 47 p.
- Faucher, Luc, Pierre Poirier et Jean Lachapelle. 2006. «La théorie des systèmes développementaux et la construction sociale des maladies mentales». *Philosophiques*, vol. 33, no 1, p. 147-182.
- Ferrières, Madeleine 2002. *Histoire des peurs alimentaires. Du Moyen Âge à l'aube du XXe siècle*. Paris: Éditions du seuil, 473 p.
- Fischler, Claude. 1993. *L'honmivore. Le goût, la cuisine et le corps*. Paris: Éditions Odile Jacob, 440 p.
- Flament, Claude. 1989. «Structure et dynamique des représentations sociales ». In *Les représentations sociales*, Sous la direction de Denise Jodelet, p. 224-239. Paris: Presses de l'Université de France.
- Flament, Claude, et Michel-Louis Rouquette. 2003a. *Anatomie des idées ordinaires : comment étudier les représentations sociales*. Paris: Armand Colin 175 p.
- Flament, Claude, et Michel-Louis Rouquette. 2003b. *Anatomie des idées ordinaires. Comment étudier les représentations sociales*. Paris: Armand Collin 175 p.
- Fontaine, Philippe. 2003. *La croyance*. Paris: Éllipses., 157 p.
- Freud, Sigmund. 1908. «On the Sexual Theories of Children». *Standard Édition*, vol. 9, p. 209-226.
- Gallina, Jean-Marie. 2011. «Les représentations : un enjeu pour les sciences cognitives ». In *Peut-on se passer de représentation en sciences cognitives?*, Sous la direction de Nadège Bault; Valérian Maïonchi-pino; François-Xavier Pénichaud; Benjamin Putois; Jean-Michel Roy, p. 13-31. Bruxelles: Groupe De Boeck.
- Gauthier, Yvon. 2009. *L'avenir de la psychiatrie de l'enfant. Le parcours d'un psychaitre d'enfant*. Toulouse: Érès, 237 p.
- Gergen, Kenneth, J. 2005. *Construire la réalité. Un nouvel avenir pour la psychothérapie*. Paris: Éditions du seuil, 270 p.

- Giraud, M. 2012. «La boulimie : un phénomène non médical ». Association d'Aide aux Boulimiques. En ligne. <http://www.boulimie.com/fr/actualites/dossiers/la-boulimie--un-phenomene-non-medical.html>. Consulté le 19 juillet 2012.
- Gori, Roland, et Marie-Josée Del Volgo. 2008. *Exilés de l'intime. La médecine et la psychiatrie au service du nouvel ordre économique*. Paris: Denoël, 344 p.
- Gosling, Patrick. 1996. *Psychologie sociale (Tome 2). Approches du sujet social et des relations interpersonnelles*. Paris: Bréal, 287 p.
- Gremillion, Helen. 2003. *Feeding anorexia. Gender and power at a treatment center*. Chicago: Duke University Press, 277 p.
- Guimelli, Christian. 1994. «La fonction d'infirmière. Pratiques et représentations sociales». In *Pratiques et représentations sociales*, Sous la direction de Jean-Claude Abric, p. 83-108. Paris: Les Presses Universitaires de France.
- Hacking, Ian. 1998. *L'âme réécrite. Étude sur la personnalité multiple et les sciences de la mémoire*. Le Plessis-Robinson: Les empêcheurs de penser en rond, 451 p.
- , 2001. *Entre science et réalité la construction sociale de quoi?* Jurdant Baudoin. Paris: Éditions la découverte, 295 p.
- Halbwachs, Maurice. 1925. *Les cadres sociaux de la mémoire*. Paris: Félix Alcan, 240 p.
- Halmi, Katherine. 2000. «Clinique de l'anorexie: ce que la recherche nous permet d'affirmer». *Prisme*, vol. 32, p. 12 - 27.
- Harris, Scott, R. 2008. «Constructionnism in sociology». In *Handbook of constructionist research*, Sous la direction de James A. Hoslstein et F. Gubrium Jaber, p. 231-247. New York: The Guilford press.
- Herman, Steven M. 1998. «The relationship between therapist-client modality similarity and psychotherapy outcome». *The journal of psychotherapy practice and research*, vol. 7, no 1, p. 56-64.
- Herzlich, Claudine. 1972. «La représentation sociale». In *Introduction à la psychologie sociale*, Sous la direction de Serge Moscovici, p. 303-325. Paris: Larousse.



- Herzlich, Claudine 1969. *Santé et maladie analyse d'une représentation sociale*. Paris: Mouton 210 p.
- Hoek, Hans Wijbrand , et Daphne Van Hoeken. 2003. «Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders». *International Journal of Eating Disorders*, vol. 34, no 4, p. 383-396.
- Jodelet, Denise. 1984. «Représentation sociale : phénomène, concept et théorie ». In *Psychologie sociale*, Sous la direction de Serge Moscovici, p. 357-378: Les Presses Universitaires de France.
- , 1989a. *Folies et représentations sociales*. Paris: Presses Universitaires de France p.
- , 1989b. «Représentations sociales: un domaine en expansion». In *Les représentations sociales*, Denise Jodelet, p. 47-78. Paris: Presses Universitaires de France.
- , 1989a. *Les représentations sociales* Paris: Presses Universitaire de France, 424 p.
- Jodelet, Denise, et Jocelyne Ohana. 1997. «Bibliographie générale sur les représentations sociales». In *Les représentations sociales*, Sous la direction de Denise Jodelet, p. 9-43. Paris: Les Presses Universitaire de France.
- Joffe, Hélène. 2002. «Social representations and health psychology». *Social sciences information*, vol. 41, no 4, p. 559-580.
- Keucheyan, Razmig. 2007. *Le constructivisme. Des origines à nos jours*. Paris: Hermann Éditeurs, 255 p.
- Kwan, Kai-Man, et Eric W. K. Tsang. 2001. «Realism and constructivism in strategy research: a critical realist response to Mir and Watson». *Strategic Management Journal*, vol. 22, no 12, p. 1163-1168.
- Lanouguère-Bruneau, Virginie 2006. « A quoi sert le goût ? »: 4èmes Rencontres du Groupe de Réflexion sur l'Obésité et le Surpoids (Paris).
- Larousse (2004). *Le petit Larousse illustré*. Sous la direction de Philippe Merlet. Paris, Larousse
- Le Bon, Gustave. 1918. *Les opinions et les croyances. Genèse, évolution*. Paris: Ernest Flammarion, Éditeur, 340 p.



- , 1963. *Psychologie des foules*. Paris: Les Presses Universitaires de France, 132 p.
- Lebaron, Frédéric. 2013. «La formation sociale des croyances économiques. Eléments de synthèse sur diverses recherches récentes. ». Centre Universitaire de Recherches sur l'Action Publique et le Politique. Université de Picardie. . En ligne. <Page web : [http://www.u-picardie.fr/curapp/IMG/pdf/La production sociale des croyances economi ques.pdf](http://www.u-picardie.fr/curapp/IMG/pdf/La_production_sociale_des_croyances_economi ques.pdf)>. Consulté le 15 septembre 2013.
- Les trois conseils. 2010. «Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains». Gouvernement du Canada. En ligne. <[http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC\\_2 FINALE Web.pdf](http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINALE_Web.pdf)>.
- Lévi-Strauss, Claude. 1971. *Mythologies. L'homme nu*. Paris: Plon, 680 p.
- Lévy-Bruhl, Lucien 1927, 1963. *L'âme primitive*. Paris: Les Presses Universitaires de France, 451 p.
- Lynch, Michael 2001. «Vers une généalogie constructiviste du constructivisme». *Revue du Mauss*, vol. 1, no 17, p. 224-246.
- Malvezin, Élodie. 2010. «La relation médecin-patient à l'ère de la médicalisation : point de vue de trois médecins généralistes et écrivains contemporains :Christian LEHMANN, Luc PERINO et Martin WINCKLER». Thèse de doctorat, Paris, Faculté de Médecine, Université Paris Diderot - Paris 7, 265 p.
- MAPAQ. 2013. *Bottin statistique de l'alimentation*. Québec: Ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec, 107 p.
- Merton, Robert King. 1965. *Eléments de théorie et de méthode sociologique*. Paris: Armand Colin, 352 p.
- Meyer, Claude. 2007. *Une histoire des représentations mentales. Contribution à une archéologie de la société connaissante*. Paris: L'Harmattan, 343 p.
- Miller, Alice. 1986. *L'enfant sous terreur. L'ignorance de l'adulte et son prix*. Traduit de l'allemand par Jeanne Étoré. Paris: Éditions Aubier, 380 p.
- Moliner, Pascal. 1996. *Images et représentations sociales. De la théorie des représentations à l'étude des images sociales* Grenoble: Les Presses Universitaires de Grenoble, 276 p.

- Morant, Nicola. 1995. «What is mental illness? Social representations of mental illness among british and french mental health professionals». *Papers on Social Representation*, vol. 4, no 1, p. 1-52.
- Moscovici, Serge. 1961. *La psychanalyse, son image et son public*. Paris: Presses Universitaires de France, 504 p.
- , 1989. «Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire». In *Les représentations sociales*, Denise Jodelet, p. 79-103. Paris: Presses universitaires de France.
- , 1997. «Des représentations collectives aux représentations sociales : éléments pour une histoire ». In *Les représentations sociales*, Sous la direction de Denise Jodelet, p. 79-103. Paris: Presse Universitaires de France.
- , 2013. *Le scandale de la pensée sociale. Textes inédits sur les représentations sociales réunis et préfacés par Nikos Kalampalikis*. Paris: Éditions de l'École des hautes études en sciences sociales, 319 p.
- Mucchielli, Alex. 2004. «Le développement des méthodes qualitatives et l'approche constructiviste des phénomènes humains». *Recherches qualitatives*, vol. Hors série, no 1, p. 7-40.
- Musée McCord. 2008. «L'intégrale des textes de l'exposition: Dévoiler ou dissimuler ?». *Musée McCord d'histoire canadienne*, p. 1-53.
- Nader, Mélissa. 2012. «La médicalisation: concept, phénomène et processus. Émergence, diffusion et reconfiguration des usages du terme médicalisation dans la littérature sociologique.». Doctorat, Montréal, Sociologie, Université du Québec à Montréal, 306 p.
- NCBI. 2012. «PubMed». The National Center for Biotechnology Information advances science and health. En ligne. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>>. Consulté le 3 avril 2012.
- Negura, Lilian. 2006. «L'analyse de contenu dans l'étude des représentations sociales ». *SociologieS*, vol. du mois d'octobre 2006. En ligne. <<http://sociologies.revues.org/993>>.
- Negura, Lilian , et Marie-France Maranda. 2004. «L'intégration socioprofessionnelle des toxicomanes : les représentations sociales des gestionnaires d'entreprises». *Recherches sociographiques*, vol. 45, no 1, p. 129-145.



- Nguyen-Duy, Véronique , et Jason Luckerhoff. 2007. «Constructivisme/positivisme : où en sommes-nous avec cette opposition?». *Recherches qualitatives*, vol. Hors série, no 5, p. 4-17.
- OMS. 2013. «Obésité et surpoids. Aide-mémoire N°311». Organisation Mondiale de la Santé. En ligne. <<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/fr/index.html>>. Consulté le 5 septembre 2013.
- Ornstein, Rollyn M. , David S. Rosen, Kathleen A. Mammel, Todd Callahan, Sara Forman, M. Susan Jay, Martin Fisher, Ellen Rome et Timothy Walsh. 2013. «Distribution of Eating Disorders in Children and Adolescents Using the Proposed DSM-5 Criteria for Feeding and Eating Disorders». *Journal of Adolescent Health*, vol. 53, p. 303-305.
- OTSTCFQ. 2009. *Guide de normes pour la tenue de dossiers et des cabinets de consultation*. Montréal: Ordre professionnel des travailleurs sociaux et des thérapeutes conjugaux du Québec, 63 p.
- Padilla, Martine. 2011. «L'Homme face à son alimentation : Hier, aujourd'hui, demain...». In *Acte de conférence* (Couvent des Cordeliers, Paris, 10 mai 2011), sous la dir. de la fondation Louis Bonduelle. Couvent des Cordeliers, Paris.
- Pascual, Pierre. 2005. «La généalogie foucauldienne de la médecine familiale en Amérique du Nord». In *Michel Foucault et le contrôle social*, Sous la direction de Alain Beaulieu, p. 139-158. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Pelchat, Yolande, Romaine Malenfant, Nancy Côté et Julie Bradette. 2005. «Les intervenants sociaux en CLSC : regards sur leurs stratégies identitaires.». *Intervention*, vol. Juin, no 122, p. 122-129.
- Périno, Luc. 2012. *Les nouveaux paradoxes de la médecine. La santé entre science, raison, profit et précaution*. Paris: Éditions le Pommier, 234 p.
- Pétard, Jean-Pierre. 2007. *La Psychologie sociale*. Rosny: Bréal, 506 p.
- Petitpas, Judith, et Annick Jean. 2011. *Comprendre les troubles alimentaires. Manuel de l'intervenant*. Ville Mont-Royal: La boîte à livres inc., 280 p.
- Piaget, Jean. 1925. «De quelques formes primitives de causalité chez l'enfant. Phénoménisme et efficace». *L'année psychologique*, vol. 26, p. 31-71.



- Pinel, John. 2007. *Biopsychologie*. Paris: Pearson Education, 508 p.
- Pomerleau, Guy. 2001. *Anorexie et boulimie comprendre pour agir*. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur, 212 p.
- Poupart, Jean. 1997. «L'entretien de type qualitatif: considération épistémologiques, théoriques et méthodologiques». In *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, Sous la direction du Groupe de recherche interdisciplinaire sur les méthodes qualitatives, p. 173-209. Boucherville: Gaëtan Morin éditeur.
- , 2011. «D'une conception constructiviste de la déviance à l'étude des carrières dites déviantes. Retour sur la sociologie interactionniste et sur le courant de la réaction sociale ». In *Problèmes sociaux. Théories et méthodologies*, Sous la direction de Henri Dorvil et de Robert Mayer, p. 79-111. Montréal: Presse de l'Université du Québec.
- Québec, Anorexie et boulimie. 2013. «Ressources». Groupe anorexie et boulimie Québec. En ligne. <http://www.anebquebec.com/html/fr/aides/ressources.html>. Consulté le 15 janvier 2013.
- Renaud, Gilbert. 2001. *Intervenir: une question de sens: Actes du colloque du 10 mai 2001 Crise de société... recherche de sens* (Montréal). L'Association canadienne pour la santé mentale, section Montréal, 95-115 p.
- Renaud, Marc. 1995. «Le concept de médicalisation a-t-il toujours la même pertinence?». In *Médicalisation et contrôle social*, Sous la direction de Louise Bouchard et de David Cohen, p. 167-173. Boisbriand: ACFAS Les cahiers scientifiques.
- Rey, Alain, et Tristan Hordé. 2010. *Dictionnaire historique de la langue française : contenant les mots français en usage et quelques autres délaissés, avec leurs origines proches et lointaines ..* Paris: Dictionnaire Le Robert, 4300 p.
- Roelandt, Jean-Luc, Maude Catia, Imane Benradia et Laurent Defromont. 2010. «Perceptions sociales du « fou », du « malade mental » et du « dépressif » en population générale en France». In *La stigmatisation en psychiatrie et en santé mentale*, Jean-Yves Giordina, p. 47-64. Issy-les-Moulineaux: Elsevier Masson.
- Sartre, Jean-Paul. 1996. *L'existentialisme est un humanisme*. Paris: Éditions Gallimard, collection Folio-Essais, 108 p.

- Schrieke, Bertram Johannes Otto 1936. *Alien Americans: A Study of Race Relations*. New York: The viking press, 232 p.
- Senécal, Catherine , et Jodie Richardson. 2012. «Hyperphagie boulimique. L'émergence d'un nouveau trouble de l'alimentation». *Psychologie Québec / Dossier*, vol. 29, no 5, p. 40 - 43.
- Sévigny, Robert. 1994. «La maladie mentale». In *Traité des problèmes sociaux*, Fernand Dumont, Simon Langlois et Yves Martin, p. 165-178. Québec: Institut québécois de recherche sur la culture.
- St-Onge, Jean-Claude. 2013. *Tous fou? L'influence de l'industrie pharmaceutique sur la psychiatrie*. Montréal: Écosociété, 275 p.
- Surault, Pierre. 2005. «Milieu social et santé mentale : représentations, stigmatisation, discrimination». *L'Information psychiatrique*, vol. 81, no 4, p. 313-324.
- Szasz, Thomas. 1960. «The myth of mental illness ». *American Psychologist*, vol. 15, no 2, p. 113-118.
- Thibault, Sylvie. 2011. «Nature et fondement de l'intervention sociale personnelle». In *Méthodologie de l'intervention sociale personnelle*, Sous la direction de Daniel Turcotte et Jean-Pierre Deslauriers, p. 9-29. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Thuillier, Pierre 1997. *La revanche des sorcières. L'irrationnel et la pensée scientifique*. Paris: Belin, 159 p.
- Tremblay, Philippe. 2005. «Les représentations sociales de la dépression: vers une approche pluriméthodologique intégrant noyau central et principes organisateurs». *Journal international sur les représentations sociales*, vol. 2, no 1, p. 44-56.
- Tsouyopoulos, Nelly. 1994. «Postmodernist theory and the physician-patient relationship». *Theoretical medicine*, vol. 15, no 3, p. 267-275.
- Turner, Francis Joseph. 1996c. *Social work treatment interlocking theoretical approaches*. Toronto: Free Press New York, 738 p.
- Urdapilleta, I., C. Mirabel-Sarron, J. M. Meunier et J. F. Richard. 2005. «Étude du processus de catégorisation chez des patientes aux troubles des conduites alimentaires : une nouvelle approche cognitive de la psychopathologie». *L'Encéphale*, vol. 31, no 1, p. 82-91.



- Vallerand, Robert, J. 2006. *Les fondements de la psychologie sociale*. Montréal: Gaëtan Morin Éditeur, 741 p.
- Van Campenhoudt, Luc, et Raymond Quivy. 2011. *Manuel de recherche en science sociales*. Paris: Dunod, 262 p.
- Vassière, Michel. 2004. «Troubles du comportement alimentaire & médecine générale». Thèse de doctorat, Toulouse, Faculté de Médecine, Université Paul Sabatier, 328 p.
- Vergès, Pierre. 2001. «L'analyse des représentations sociales par questionnaires». *Revue française de sociologie*, vol. 42, no 3, p. 537-561.
- Waysfeld, Bernard. 1999. «L'univers de l'aliment». *Science&Vie hors-série*, vol. Septembre, no 208, p. 6 - 9.
- Wells, L. Edward. 1978. «Theories of Deviance and the Self-Concept». *Social Psychology*, vol. 41, no 3, p. 189-204.
- Wittgenstein, Ludwig. 1961. *Tractatus logico-philosophicus; Investigations philosophiques*. Paris: Bibliothèque des idées, 365 p.
- Zarifian, Édouard. 1999. *La force de guérir*. Paris: Odile Jacob, 191 p.
-